Done

OSMANIA UNIVERSITY

جامعۂ عثمانیہ

علم الولادت

جلد اوّل

"دکن استاره" ز فرهنگ‌نامه

سلسلۂ نصابِ تعلیم جامعۂ عثمانیہ

مڈوفری یعنی علم الولادت

پانچواں ایڈیشن (۱۹۳۵ء)

جلد اول

مصنفہ

دس اساتذہ

زیر ادارت

سر کامنز برکلے۔ جے۔ ایس۔ فیربرین۔ کلفورڈ وائٹ

ترجمہ

ڈاکٹر خلیل الرحمن صاحب ایم۔ بی۔ بی۔ ایس سابق مترجم و ڈاکٹر محمد حسین صاحب ایم۔ بی۔ بی۔ ایس

رکن سررشتہ دار الترجمہ جامعہ عثمانیہ سرکار عالی

۱۳۵۶ھ مطابق ۱۳۴۷ف مطابق ۱۹۳۷ء

دار الطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

فہرست مضامین

باب		صفحہ
	جزو اول - حمل	
۱	تبویض - حیض - باروری (تخصیب، انصاب)	۱
۲	پورے وقت کا مشیمہ	۳۶
۳	جنین کی بالیدگی اور عمومی نمو	۵۲
۴	فعلیاتی تغیرات جو کہ حمل کی وجہ سے واقع ہوتے ہیں	۶۳
۵	حمل کی مدت	۸۷
۶	تشخیص حمل	۹۶
۷	قبل الولادتی اصول صحت	۱۱۶
۸	حمل کے تسممات الدم	۱۲۶
۹	البیومن بولیت اور حمل	۱۳۶
۱۰	حمل کے تسممات الدم (بہ سلسلۂ ماسبق)	۱۴۳
۱۱	حمل کے تسممات الدم (بہ سلسلۂ ماسبق)	۱۷۴
۱۲	حمل کے تسممات الدم (بہ سلسلۂ ماسبق)	۱۸۹
۱۳	حامل رحم کی غیر وضعیتیں	۱۹۷
۱۴	اسقاط حمل	۲۰۹
۱۵	جنین کاذب کا حمل	۲۳۲

بسم اللہ الرحمن الرحیم

TEN TEACHERS'

MIDWIFERY

علم الولادت

جزو اوّل۔ حمل

باب اوّل

اوویلیشن (ovulation = تبویض) منسٹرویشن (menstruation = حیض)

فرٹلائزیشن (fertilization = باروری، تخصیب، اخصاب)

اووری (ovary = مبیض) کے گرافین فالیکلز (Graafian follicles = گرافیائی اجربہ) کے پختہ ہو کر پھٹنے، اور اووا (ova = بیضوں) کے آزاد ہو کر کہفہ باریطون (peritoneal cavity) میں آنے کا عمل اوویلیشن (ovulation = تبویض) کہلاتا ہے۔

حیض کی تعریف یوں کی جا سکتی ہے کہ یہ رحم سے خون و مخاط کا نوبتی اخراج ہے،

جوکہ بلوغت کے آغاز کے اور مینو پاز (menopause = سن یاس) کے درمیانی سالوں میں واقع ہوتا ہے۔

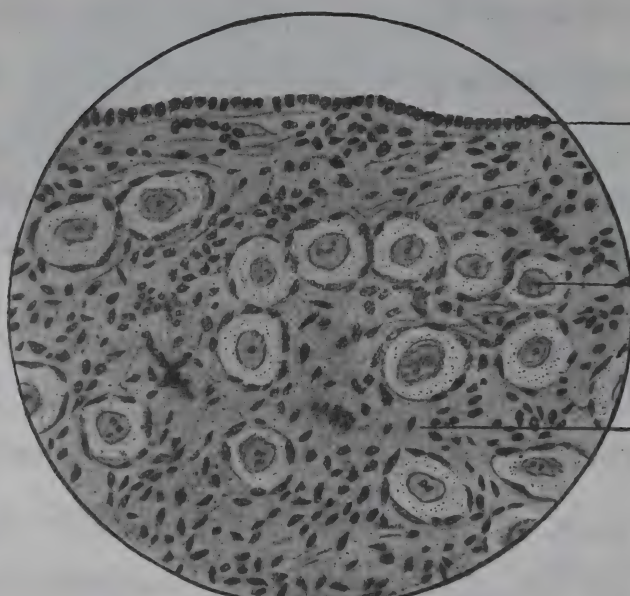
یہ امر کہ اوویلیشن (تبویض) اور حیض کے درمیان کیا رشتہ ہے، اب صاف صاف معلوم ہو گیا ہے، اور یہ بالکل یقینی معلوم ہوتا ہے کہ حیض دراصل اوویلیشن (تبویض) ہی پر منحصر ہوتا ہے۔ یہ واضح ہے کہ خواہ حیض نہ بھی ہو تو بھی اوویلیشن (تبویض) واقع ہو سکتی ہے۔ یہ امر لیکٹیشن (lactation = زمانۂ رضاعت) میں بہت کثرت سے دیکھا جاتا ہے، چنانچہ لیکٹیشن (زمانۂ رضاعت) میں حالانکہ حیض نہیں ہوتا تاہم حمل واقع ہو سکتا ہے۔ حیضی دور میں اوویلیشن (تبویض) واقع ہونے کا وقت، اب باور کیا جاتا ہے کہ یہ آخری حیضی ایام کے پہلے دن کے بعد چودھویں سے لیکر سترھویں دن تک ہوتا ہے، یعنی تقریباً حیضی دور کے درمیانی زمانہ میں۔ اوویلیشن کے بعد بعض واقعات ظہور پذیر ہوتے ہیں، یعنی کارپس لوٹیم (carpus luteum = جسم اصفر) کی تکوین، اور یہ معلوم ہے کہ وہ حیض پر ایک اہم اثر رکھتے ہیں۔ چنانچہ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) ان تغیرات کو تحریک میں لاتا ہے جو حیض سے قبل اینڈومیٹریم (endometrium = درون رحمہ) میں واقع ہوتے ہیں۔ اسیطرح کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کا تقہقر، حیضی بہاؤ کا آغاز کرتا ہے، جس کے بعد دبیز شدہ درون رحمہ (منسٹروال ڈسڈوا menstrual decidua = حیضی ریزرینہ' یا سوڈو پریگننسی (pseudopregnancy = کاذب حمل) کا ایک معتدبہ حصہ الگ ہو جاتا ہے۔ اس کے برخلاف اگر حمل واقع ہو جائے، تو کارپس لوٹیم (جسم اصفر) باقی رہتا ہے، اور بارور شدہ بیضہ کی تفریش اور پرورش میں ایک اہم حصہ لیتا ہے۔

کارپس لوٹیم (جسم اصفر) اور گرافین فالیکلز (گرافیائی اجربہ) کی جو فعالیتیں اوپر
مذکور ہوئی ہیں، اب یہ معلوم ہے کہ ان کو بعض مادے عمل میں لاتے ہیں جو کہ پشوٹری گلینڈ
(pituitary gland = غدہ نخامیہ) کے مقدمی لختہ میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک
مادہ گرافیائی فالیکل (گرافیائی جراب) کو تحریک پہنچاتا ہے، جس سے گرافین فالیکل (گرافیائی
جراب) پختہ ہو جاتا اور پھٹ جاتا ہے (اوویلیشن = تبویض)۔ دوسرا مادہ [یعنی پارکز
(Parkes) کا لوتین آفریں مادہ] اوویلیشن (تبویض) کے بعد کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کی 2
تکوین عمل میں لاتا ہے۔ علاوہ ازیں مذکورہ بالا مادے اووری (مبیض) میں بھی ہیجان پیدا کرتے
ہیں، چنانچہ اووری (مبیض) ایک اندرونی افراز پیدا کرتی ہے، جو معین اعضا یعنی رحم
اور مہبل پر اثر رکھتا ہے۔ اگر اووریز (مبیض) موجود نہ ہوں تو اینٹیریر پشوٹری (anterior pituitary

=مقدی نخامی) مادے، معین اعضا پر کچھ اثر پیدا نہیں کرتے۔

اوویلیشن (ovulation = تبویض)

جو تغیرات گرافین فالیکلز (Graafian follicles = گرافیائی اجربہ) کے پختہ ہونے



تصویر ا ۔ ایک شیرخوار بچہ کی اووری (مبیض) کے قشرہ کی تراش جس میں
پرائمورڈیل اووم (primordial ovum = اولی بیضے) دکھائے گئے ہیں۔

اور انشقاق کا باعث ہوتے ہیں، وہ انسانی اووری (ovary = مبیض) کی سلسلہ وار خورد بینی تراشوں میں مشاہدہ کئے جا سکتے ہیں۔ یہ تغیرات اطفال کی اووری (مبیض) میں بہترین نظر آتے ہیں کیونکہ پختہ ہونے کا عمل تمام عمروں میں واقع ہوتا ہے، گو کہ انشقاق کا عمل، شاذ مستثنیات سے قطع نظر، صرف بلوغت کے بعد ہی واقع ہوتا ہے۔ گرافین فالیکلز (گرافیائی اجربہ) ایک

شیرخوار بچہ کی چھوٹی سی اوورِی (مبیض) میں بہت زیادہ پاس پاس واقع ہوتے ہیں، لہٰذا ان میں جو فالیکلز (اجربہ) پختگی اور تکمیل کے مختلف مراحل میں پائے جاتے ہیں، تھوڑی سی تراشوں میں ان کی تعداد زیادہ ہوتی ہے، حالانکہ بلوغت یافتہ اوورِی (مبیض) میں اس کے برعکس حالت پائی جاتی ہے۔ بایں ہمہ اہم تغیرات جو ہوتے ہیں، بالکل وہی ہوتے ہیں جو کہ ایک بلوغت یافتہ اوورِی (مبیض) میں پائے جاتے ہیں۔ جو گرافین فالیکلز (گرافین اجربہ) خرد ترین ہوتے ہیں، وہ اوورِی (مبیض) کی سطح سے قریب واقع ہوتے ہیں۔ یہ ایک بڑے کروی خلیہ، نواۃ اور نویت پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ خلیہ چپٹے خلیوں کی واحد تہ سے گھرا ہوتا ہے جو اس کا کیسہ بناتے ہیں۔ یہ بڑا خلیہ پرائی مورڈیل اوومم (primordial ovum = اولی بیضہ) ہے، اور چپٹے خلیے، پختہ جراب کے ممبرینا گرینولوزا (membrana granulosa = غشاء ذراتی) کے پیش رو ہیں۔ یہ اوومم (بیضہ)، نوعمر ایمبریو (embryo = مضغہ) کے جرمینل رج (germinal ridge = بنتی حید) کے نہایت ہی ابتدائی مرحلہ میں پایا جاتا ہے، 3
اور نام نہاد جرمینل ایپی تھیلیم (germinal epithelium = بنتی سرحلمہ) کا ایک تخصیص یافتہ خلیہ ہے۔

اب یہ خیال کیا جاتا ہے کہ چپٹے خلیے جن سے کہ کیسہ بنتا ہے، جرمینل ایپی تھیلیم (germinal epithelium = بنتی سرحلمہ) سے بنتے ہیں، جیسا کہ والڈیر (Waldeyer) کا ابتدائی تخیل تھا۔ کیپسیول سیلز (capsule cells = کیسی خلیوں) کے باہر اوویرین سٹروما (ovarian stroma = مبیضی ہیکل) متفرق شدہ نہیں ہوتا، اور اس میں وہ خاص توصیلی بافتی تغیرات نظر نہیں آتے، جیسے کہ بعد میں رونما ہوتے ہیں۔

پختگی کا عمل حسب ذیل امور پر مشتمل ہوتا ہے:۔

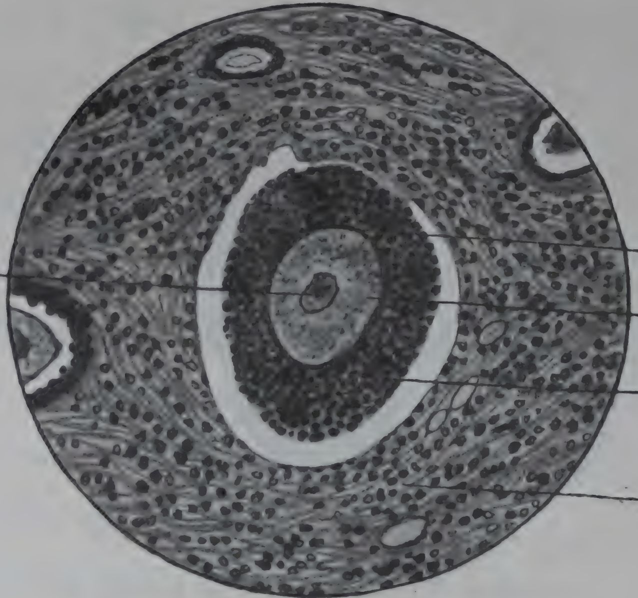
۱۔ اوومم (بیضہ) کا بڑا ہونا۔

۲۔ کیپسیول سیلز (capsule cells = کیسی خلایہ) کا تکاثر، اور ممبرینا گرینولوزا (membrana granulosa = غشاء ذراتی) کا بننا۔

۳۔ گرد و پیش کے سٹروما (ہیکل) کا متفرق ہونا اور توصیلی بافتی غلاف کا بننا۔

اولیں تغیر جو واقع ہوتا ہے، وہ یہ ہے کہ کیپسیول سیلز (capsule cells = کیسی خلایہ) کی تعداد میں اضافہ ہوتا ہے۔ یہ خلیات تشعی طور پر دراز ہو کر گرافین فالیکلز (گریفائی اجربہ)

کا استر بناتے ہیں، جو کہ مکعّب سر حلمہ سے بہت کچھ مشابہ ہوتا ہے ۔ یہ تہ پہلے اِکہری ہوتی ہے، جب تکاثر ہوتا ہے تو جلد دو تہیں بنجاتی ہیں اور پھر بیضہ کے چاروں طرف بہت سی تہیں بنجاتی ہیں جو کہ میمبر بنا گرینولوزا (غشاء ذراتی) بناتی ہیں ۔ ساتھ ہی ساتھ اوومِ (بیضہ) بڑھتے بڑھتے ایک بیرونی غلاف معروف بہ زونا ریڈیٹا (zona radiata = منطقہ شعاعیہ) حاصل کر لیتا ہے، جو غالباً گرینولوس سیلز (ذراتی خلایہ) کا افراز ہوتا ہے ۔ اس نام کی بنا،

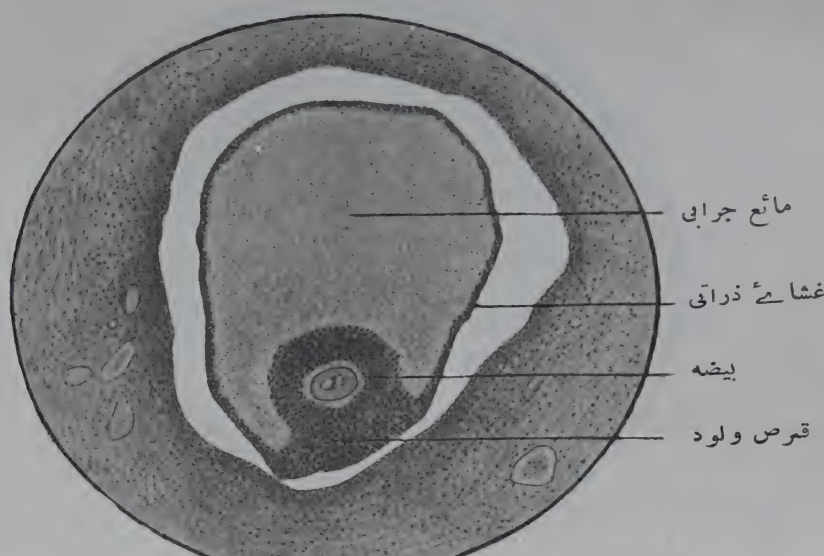


تصویر ۲ ۔ شیر خوار بچہ کی اووری (مبیض) کی تراش جس میں ایک پختہ ہونے والا فالیکل (جراب) دکھایا گیا ہے ۔

باریک تشعّعی لکیریں ہیں جو اس تہ میں بآسانی نظر آتی ہیں ۔

اب غشاء ذراتی کے خلایہ کے درمیان سیال جمع ہونا شروع ہوتا ہے ۔ پہلے قطرات جمع ہوتے ہیں، جو بتدریج مل جاتے ہیں اور ایک بڑا کہفہ بن جاتا ہے جس میں لائکر فالکولائی 4
(liquor folliculi = مائع جرابی) پیدا ہو جاتا ہے ۔ یہ کہفہ خارج المرکز ہوتا ہے، اور اس کے سیال کی مقدار بہ سرعت بڑھتی ہے اور گرافین فالیکل (گریفائی جراب) کو اتنی

پوری قامت بخشتی ہے - پرائمورڈیل اووم (اولی بیضہ) اور اس کا کیسہ اتنا بڑا نہیں ہوتا جتنا کہ مکمل نمو یافتہ اووم (بیضہ) (۲۰۰ ملر) ہوتا ہے، تاہم ایک پختہ گرافین فالیکل (گریفائی جراب) کا قطر ممکن ہے کہ ناپ میں تین سنٹی میٹر ہو - لائکر فالکولائی (مائع جرابی) پیدا ہونے سے اووم (بیضہ)، گرافین فالیکل (گریفائی جراب) میں ایک جانب چپکا ہوا رہ جاتا ہے اور ذراتی خلیوں کے ایک تودہ سے گھرا ہوتا ہے، یہ تودہ ڈسکس پرولجرس (discus proligerus = قرص ولود)



تصویر ۳ - ایک شیرخوار بچہ کی اووری بیض کی تراش جس میں ایک قریب بہ پختہ شدہ گرافین فالیکل (گرافین جراب) دکھایا گیا ہے -

کے نام سے موسوم ہے، اور باقی ماندہ جراب میں چپٹے ذراتی خلیوں کی دو تین تہوں کا استر ہوتا ہے۔

جب یہ تبدیلیاں وقوع پذیر ہوتی ہیں تو جراب کے چاروں طرف کا اووریَن سٹروما (ovarian stroma = مبیضی ہیکل) نہایت عروقی ہو جاتا ہے اور ترتیب میں متحد المرکز ہو جاتا ہے، اور انجام کار متفرق ہو کر دو تہیں بنا دیتا ہے - ایک تھیکا انٹرنا (theca interna = غلاف اندرونی) [یعنی ٹیونکا واسکولوسا (tunica vasculosa=

طبقۂ عروقی] جو کہ جراب سے قریب ترین ہوتا ہے ۔ اور ایک تھیکا اکسٹرنا (theca externa= غلاف بیرونی) [یعنی ٹیونکا فائبروسا (tunica fibrosa = ریشہ دار غلاف] جو کہ باہر کی جانب ہوتا ہے ۔ اول الذکر میں عروق کی ایک بڑی تعداد ہوتی ہے، جیسا کہ اُس کے نام سے بھی ظاہر ہے ۔

جب یہ تبدیلیاں جاری ہوتی ہیں، تو گرافین فالیکل (گریفائی جراب) پہلے تو اوورین سٹروما (مبیضی ہیکل) میں زیادہ گہرا ڈوبتا ہوا معلوم ہوتا ہے، مگر جونہی پختگی پوری ہوتی ہے یہ فالیکل (جراب) کی سطح پر آجاتا ہے، اور ایک معتدبہ ورم پیدا کرتا ہے جو کہ اووری (مبیض) کے ظاہری قامت کو تقریباً دُگنا کر دیتا ہے ۔

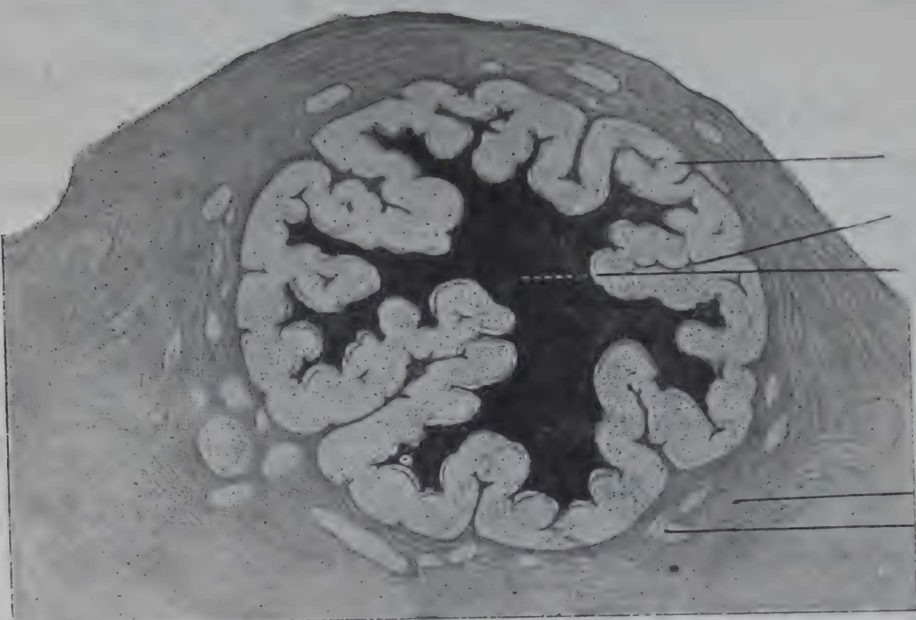
ایک پختہ اووم (بیضہ) میں حسب ذیل چیزیں پائی جاتی ہیں :۔ ایک سائٹوپلازم (cytoplasm = خلیہ مایہ) کا تودہ جس میں چند قطرات فوڈ یولک (food-yolk = غذائی زردی) کے ہوتے ہیں ۔ ایک بڑا نوات، [جرمینل ویسکل (germinal vesicle = بنتی آبلہ)]۔ ایک چھوٹا نویت [جرمینل سپاٹ (germinal spot= بنتی نقطہ)]۔ اور ایک
5 دبیز بیرونی تہ، یعنی زونا ریڈیٹا (zona radiata = منطقۂ شعاعیہ) ۔ جوں جوں فالیکل (جراب) بڑا ہوتا ہے، تھیکا انٹرنا سیلز (theca interna cells = اندرونی غلافی خلیات) بالخصوص وہ خلیات جو کہ اووری (مبیض) کی سطح کے قریب ترین ہوتے ہیں، تکاثر کرتے ہیں، اور تھیکا اکسٹرنا (theca externa = بیرونی غلاف) کے خلیات کے درمیان، اور تھیکا اکسٹرنا (theca externa = بیرونی غلاف) اور تھیکا انٹرنا (theca interna = اندرونی غلاف) کے درمیان فضائیں رونما ہو جاتی ہیں ۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سطح پر ایک انخفاض پیدا ہو جاتا ہے جو بعد میں سٹگما (stigma = میسم) بنجاتا ہے، یعنی وہ مقام جہاں فالیکل (جراب) پھٹتا ہے ۔ انشقاق اسطرح واقع ہوتا ہے کہ جراب بڑھتا جاتا ہے اور سٹگما (میسم) کے مقام پر فشاری تنخر پیدا ہو جاتا ہے ۔ انشقاق واقع ہونے پر اووم (بیضہ) باہر نکل جاتا ہے، اور اس کے گرد چند گرینولوزا سیلز (ذراتی خلیات) بھی نکل جاتے ہیں ۔

اب بیضہ کہفۂ باریطون میں آگیا ہے ۔ یہاں یہ سیال باریطون کی لہروں سے جو کہ فالوپین ٹیوبز (Fallopian tubes = فالوبی انبوبوں) کے جھالردار سرے کے اہداب سے پیدا ہوتی ہیں، دوچار ہوتا ہے، اور ایک یا دوسرے انبوبہ میں بہ جاتا ہے، اور تدریجاً

رحم کی جانب گزرتا ہے۔

کارپس لوٹیم

(corpus luteum = جسم اصفر) - جب گرافین فالیکل (Graafian follicle = گریفائی جراب) پھٹ جاتا ہے تو پھر اس میں ایک سلسلہ تغیرات واقع ہوتا ہے اور کارپس لوٹیم (جسم اصفر) ظہور میں آتا ہے - پہلا تغیر یہ ہوتا ہے کہ گرینولوزا اسیلز



تصویر ۴ - ایک ایسے کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کی تراش جو کہ تقہقر کے درجہ میں ہے ۳ ×

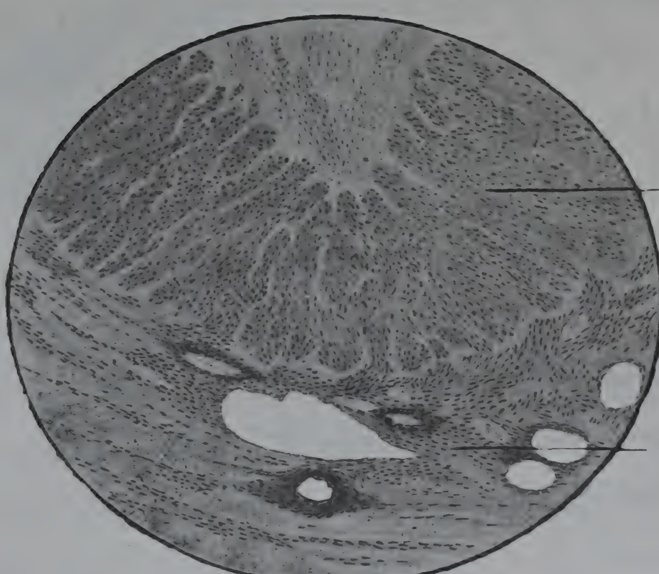
(ذراتی خلیات) سرعت سے تکاثر کرتے ہیں، بہت بڑے ہو جاتے ہیں، اور ان میں زرد لون (لوتین = lutein) بنجاتا ہے - یہ خلیات شکل میں کثیر السطوح ہوتے ہیں، اکثر مطول ہو جاتے اور شعاعوں کی ترتیب اختیار کر لیتے ہیں - ساتھ ہی ساتھ تھیکا انٹرنا (theca interna= اندرونی غلاف) کے خلیات بھی تکاثر کرتے ہیں لیکن نہ اس حد تک کہ جس حد تک گرینولوزا اسیلز

(ذراتی خلیات) کرتے ہیں ۔ چنانچہ اول الذکر عناصر خورد تر رہتے ہیں اور ان تراشوں میں جو کہ تیار
6 کیجاتی ہیں ، زیادہ گہرا توشیہ لیتے ہیں ۔ گرینولوزا سیلز (ذراتی خلیات) پہلے پہل تو بے عروق ہوتے ہیں ، لیکن بعد میں جب تھیکا انٹرنا (اندرونی غلافی) تہ سے شعری گچھے نکل آتے ہیں ، تو عروق دار ہوجاتے ہیں ۔ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کا ملفف منظر ، اس امر کا نتیجہ ہے کہ تھیکا انٹرنا سیلز (اندرونی غلافی خلیات) کی بہ نسبت گرینولوزسیلز (ذراتی خلیات) زیادہ مفرط طور پر بالیدہ ہوتے ہیں ، نیز تھیکا انٹرنا (اندرونی غلاف) سے شعری گچھے نکل کر گرینولوزا سیلز (ذراتی خلیات) میں بروز کئے ہوتے ہیں ۔ ایک پختہ اور نمویاب کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کے کہفہ میں ، طبعی حالات میں کوئی دموی تھکا نہیں ہوتا ، البتہ حیض ہو چکنے کے بعد اس کہفہ میں کچھ نزف واقع ہوسکتا ہے ۔ یا امراضیاتی حالات میں تھیکا انٹرنا (اندرونی غلاف) میں نزف واقع ہوتا ہے اور گرینولوسا سیلز (ذراتی خلیات) کو ایک طرف دھکیل دیتا ہے ، جس سے ایک قسم کا ہیموٹوما (hæmatoma = سلعہ دمویہ) بنجاتا ہے ۔ جب کارپس لوٹیم (جسم اصفر) میں خون نہیں ہوتا تو اس کے بجائے مرتوب شدہ فائبرینی مادہ پایا جاتا ہے ۔ جونہی کہ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) درجہ پختگی کو پہنچتا ہے ، اس میں قہقری تغیرات شروع ہوجاتے ہیں ۔ چنانچہ لوٹینی خلیات میں شحم بھر جاتی ہے ، یہ اپنا خاکہ اور نواتیں کھودیتے ہیں ، اور ان کے گرد زجاجی مادہ جم جاتا ہے جلد ہی کل کی کل ساخت زجاجی ہوجاتی ہے ، اور بعد میں تبدیل ہو کر ریشہ دار بافت یعنی کارپس فائبروسم (corpus fibrosum = جسم لیفی) یا کارپس البیکنس (corpus albicans= جسم ابیض) بنجاتی ہے ۔

جب کارپس لوٹیم (جسم اصفر) سکڑ جاتا ہے تو اووری (بیض) کی سطح اندر کو کھنچ جاتی ہے ، اور وہاں ایک چھوٹی سی جھری نظر آتی ہے ۔ چنانچہ ایک سینائل اووری (senile ovary = شیخوخی بیض) کی سطح بہت جھری دار ہوتی ہے ، اور مذکورہ بالا ریشہ دار اجسام جمع ہونے کی وجہ سے سخت ہوتی ہے ۔

7 یہ مسلسل تبدیلیاں گرافین فالیکل (گریفائی جراب) میں ضرور نظر آتی ہیں ، خواہ حمل ہو یا نہ ہو ۔ مگر مختلف اعمال میں جو مدت صرف ہوتی ہے اس میں ایک فرق ہے ۔ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) دوران حمل میں بہت زیادہ مدت بڑا رہتا ہے اور پوری میعاد پر یہ ہنوز ایک بڑی نمایاں شئے ہوتا ہے ۔ لیکن جب حمل نہیں واقع ہوتا تو کارپس لوٹیم (جسم اصفر) ان سلسلہ تغیرات سے بہت جلد

گزر جاتا ہے، اور قبل اس کے کہ اگلا ماہواری بہاؤ شروع ہو، سکڑ کر ایک نسبتاً چھوٹی قامت کا ہو جاتا ہے۔ لہذا پرانے نام یعنی حمل کا کارپس لوٹیم (جسم اصفر) یا حیض کا کارپس لوٹیم (جسم اصفر) اب ترک کر دینا چاہیئے، جن سے ساخت میں کوئی جداگانہ بات مراد ہوتی ہے۔ یہ دونوں جسم بالکل ایک ہی ساخت کے ہوتے ہیں، فرق صرف اُن کی مدت میں ہے۔ شیر خوار بچوں کی اووری (مبیض) میں گرافین فالیکل (گریفائی جراب) اور اووا (ova = بیضوں) کی پختگی بالکل



تصویر ۵ - ایک بالغ اووری (مبیض) کے کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کی تراش ۱۵×

ویسے ہی واقع ہوتی ہے جیسے بالغوں میں، لیکن انشقاق نہیں واقع ہوتا۔ اس کے بجائے یہ ہوتا ہے کہ اووم (بیضہ) فیگوسائٹوسس (phagocytosis = خلوی اکالیت) کے عمل کے ذریعہ دور کر دیا جاتا ہے، یعنی ممبرینا گرینولوسا (membrana granulosa = غشاء ذراتی) سے ماخوذ خلیات، فیگوسائٹز (phagocytes = خلیات آکلہ) کا کام کرتے ہیں،

اور بتدریج اووم (بیضہ) کو جذب کر لیتے ہیں۔ اس عمل کے دوران میں ٹیونکا واسکولوسا tunica vasculosa = طبقہ عروقی) سے ایک قسم کی اریکی بافت بنجاتی ہے۔ یہ بتدریج جراب کے اندرونی مشمولات کو جذب کر لیتی ہے اور ایک ریشہ دار بافت کا تودہ بناتی ہے، جو انجام کار کارپس فائبروسم (corpus fibrosum = لیفی جسم) کے مثل ہو جاتا ہے۔ مگر یہ کارپس فائبروسم (لیفی جسم) بہت چھوٹا ہوتا ہے اور ندبی بافت کا ایک خردبینی تودہ نظر آتا ہے۔

منسٹروئیشن (menstruation = حیض)

رحم سے خون اور مخاط کا نوبتی بہاؤ، سن بلوغت میں، یعنی اس ملک میں عموماً تقریباً چودہ سال کی عمر میں شروع ہوتا ہے، اور تیس سال تک جاری رہتا ہے۔ عام عمر جبکہ حیض آنا بند ہوتا ہے، مینوپاز (menopause = سن یاس) کے نام سے موسوم ہے، اور اوسطاً تقریباً اڑتالیس سال ہوتی ہے، لیکن طبعی حالات میں پینتالیس و اکاون سالوں کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ یہ امر کہ کس عمر میں حیض شروع ہوتا ہے، بہ نسبت آب و ہوا کے نسلی خصوصیات پر زیادہ منحصر ہے۔ لیکن عموماً بہ نسبت سرد آب و ہواؤں کے، گرم آب و ہواؤں میں حیض زیادہ ابتدائی عمر میں شروع ہوتا ہے۔ تاہم آب و ہوا کے حالات پر ہمیشہ انحصار نہیں پایا جاتا۔

آغاز حیض کے ساتھ بعض تغیرات رونما ہوتے ہیں، جو یہ ظاہر کرتے ہیں کہ بچپن سے نکل کر بلوغت اور عنفوان شباب میں قدم رکھا گیا ہے۔ اس زمانہ کو کافی بار کا زمانہ سمجھنا چاہئے۔ طبعی حیض ایک باقاعدہ لَے ظاہر کرتا ہے جو کہ مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے، لیکن زیادہ تر چہار ہفتہ ہوتی ہے۔ سیلان حیض کی مدت مختلف عورتوں میں مختلف ہوتی ہے مگر طبعی حدود میں۔ یعنی عموماً چار پانچ روز کی ہوتی ہے۔

مقدار خون جو قدرتی طور پر ہر ماہ خارج ہوتی ہے، طبعی حدود میں مختلف عورتوں میں مختلف ہوتی ہے، مگر اس کی طبعی مقدار کا اندازہ ۲ سے ۸ اونس تک ہے۔ سیال حیض کی ترکیب کسیقدر دلچسپ ہے، کیونکہ یہ تجربہ کیا جا چکا ہے کہ اس میں اور معمولی دورہ کرنے والے

خون میں فرق ہے ۔ چنانچہ بلیربل (Blair Bell) کہتا ہے کہ دورانی خون کی بہ نسبت، حیض کے
خون میں کلسیم نمکیات کا جز بہت زیادہ ہوتا ہے، اور طبعی حالات میں فائبرین خمیر بالکل نہیں 8
ہوتا ۔ اس سے بظاہر یہ ثابت ہوتا ہے کہ رحم کی غشاء مخاطی اُس خون کی خاصیت پر کہ
جس کا اخراج دوران حیض میں ہوتا ہے، ایک انتخابی تاثیر رکھتی ہے ۔ جب حیض کے خون کی
یہ خصوصیات ہیں، تو ظاہر ہے کہ حیض کے دوران میں کلسیم نمکیات کا کافی ضیاع ہوتا ہے، اور یہ کہ
طبعی ماہواری خون مروّب نہیں ہوتا ۔ موخرالذکر امر یقینی صحیح ہے، مزید براں حیض کے دوران میں
خون کے تھکے صرف غیر طبعی صورتوں میں بنتے ہیں ۔

بخلاف اس کے بک وود ہائٹ ہوس (Beckwith Whitehouse) مدعی ہے
کہ طبعی حالت میں حائض رحم میں ہمیشہ ایک تھکا ہوتا ہے، اور یہ تھکا بتدریج گھلکر ایک سیال
پیدا کرتا ہے، جسے حیضی خون کہتے ہیں۔ وہائٹ ہوس (Whitehouse) اس تحلیل کو تھرامبو کائی نیز
(thrombo-kinase) کی طرف منسوب کرتا ہے ۔ تھرامبو کائی نیز انڈومیٹریل (endometrial =
درون رحمی) بافتوں سے ماخوذ ہوتا ہے جو حیض کے دوران میں خارج ہوتی ہیں۔ وہائٹ ہوس
کے خیال میں تھکے کا حل بذریعہ فائبرینولائسین (fibrinolysin) ہوتا ہے، جو غدود الرحم کے
افراز میں ہوتا ہے ۔ اگر یہ مفروضات صحیح ثابت ہوگئے تو ان سے نزف رحمی کے مرضیات پر ایک
اہم اثر پڑے گا ۔

سیال حیض میں خون و کلسیم نمکیات کے ساتھ مخاط اور خلوی چورہ بھی ہوتا ہے، جو
اینڈومیٹریم (endometrium = درون رحم) اور مہبل سے ماخوذ ہوتا ہے ۔

حیض کے پہلے دن اور آیندہ "ماہواری ایام" کے پہلے دن کے درمیان جو دن گزرتے
ہیں (بالعموم ۲۸ دن)، ان کو منسٹروال سائکل (menstrual cycle = حیضی دور) کے
نام سے موسوم کیا جاتا ہے ۔ اس منسٹروال سائکل (حیضی دور) کی اثنا میں درون رحم میں اہم
تغیرات واقع ہوتے ہیں ۔ چنانچہ ایک اندمالی ہیئت ہوتی ہے جو کہ پہلے دن کے بعد دسویں
دن تک قائم رہتی ہے ۔ چودھویں دن اوویولیشن (تبویض) واقع ہوتی ہے اور چودھویں سے
لیکر اٹھائیسویں دن تک اینڈومیٹریم (درون رحم) بیش پروردگی حاصل کرتا ہے ۔ اس
ہیئت میں درون رحم کے سٹروما سیلز (stroma cells = ہیکلی خلیات) اتنے بڑے ہوجاتے
ہیں کہ ان میں اور حمل کے ڈیسیڈوال سیلز (decidual cells = ساقطی خلیات) میں

ایک اوپری مشابہت پائی جاتی ہے۔ وہ اتنے بڑے تو نہیں ہوتے کہ جتنے حمل کے خلیات ہوتے ہیں، البتہ ان کی عمومی صفات اُن جیسی ہوتی ہیں، یعنی غدود بڑے ہوجاتے ہیں، زیادہ پیچدار ہوجاتے ہیں اور افراز سے بھر جاتے ہیں۔ غدود کے عمیق تر حصے، بہ نسبت اوپری حصوں کے زیادہ متسع ہوتے ہیں۔ گویا درون رحمہ کی دو تہیں ہوجاتی ہیں، ایک ٹھوس تہ اور ایک اسفنجی تہ۔ عروق دموی خوب متسع ہوجاتے ہیں، اور سارا اینڈومیٹریم (درون رحمہ) اور سارا جسم غیر معمولی طور پر عروق دار ہوجاتا ہے۔ چنانچہ حیضی بیش پروردگی کا آخری نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک منسٹروال ڈسیڈوا (menstrual decidua = حیضی ریزینہ) سوڈو پریگننسی (pseudo pregnancy = کاذب حمل) بنجاتا ہے۔ اس کے متعلق یہ سمجھنا چاہیئے کہ یہ ایک قدم ہے پریگننسی ڈیسڈوا (pregnancy decidua = حملی ریزینہ) کی تکوین کی طرف جو کہ اووم (بیضہ) بارور ہونے کی صورت میں واقع ہوتی ہے۔ ہیئت مذکورہ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کی بالیدگی اور مکمل نمو کے ساتھ متناظر ہوتی ہے، اور غالباً جسم مذکورہ کے اقتدار میں ہوتی ہے۔ اگر حمل واقع نہ ہو تو اٹھائیسویں دن حوضی بہاؤ واقع ہوتا ہے، یعنی اینڈومیٹریم
(درون رحمہ) کی اوپری تہیں انحطاط پذیر ہوکر جھڑ جاتی ہیں، عروق شعری سے نزف واقع ہوتا ہے، اور اسکے ہمراہ 9
رحمی غدود کا افراز ملجاتا ہے۔ یہ ہیئت کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کے انحطاط کے ساتھ متناظر ہوتی ہے۔

پس حیض کے معنی بالکل ظاہر ہیں حیض، علامت ہے اس امر کی کہ رحم ایک باور شدہ اووم (بیضہ) کو وصول کرنے میں ناکام رہا ہے۔ اینڈومیٹریم (درون رحمہ) کی بیش پروردگی کے یہ معنی ہیں کہ یہ بارور شدہ اووم (بیضہ) کو وصول کرنے کے لئے تیار رہے۔

حیضی دور کے منظر کی توجیہ کیا ہے، اور اندرونی افرازات کے ساتھ اسکا کیا تعلق ہے؟ اس پر حالیہ سالوں میں بے انتہا تحقیق کی گئی ہے، لیکن ابھی تک یہ مکمل طور پر سمجھ میں نہیں آیا۔

عمومی طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ پیشوٹری گلینڈ (pituitary gland = غدہ نخامی) کے متعلق یہ باور کیا جاتا ہے کہ یہ بعض ہارمون (harmones) کا افراز کرتا ہے۔ یہ ہارمون، اوویرین (مبیضی) اندرونی افرازات پر انضباط رکھتے ہیں، اور ان کو تحریک پہنچاتے ہیں۔ بیشتر شہادت سے معلوم ہوتا ہے کہ کم از کم دو ہارمون پائے جاتے ہیں، انکو پرولان الف (prolan A) اور پرولان ب (prolan B) کے نام سے پکارا گیا ہے۔ پرولان الف اوویرین فالیکلز (ovarian follicles = مبیضی جرابوں) کو تحریک پہنچاتا ہے،

جس سے فالیکلز (جراب) ایک جرابی ہارمون (follicular harmone) یعنی ایسٹرن (œstrin) پیدا کرتے ہیں ۔ پرولان ب (prolan B) کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کی تکوین اور پختگی پر اقتدار رکھتا ہے اور اس کے ہارمون کی تکوین پر اقتدار رکھتا ہے ، جو کہ عام طور پر پروجسٹن کے نام سے مشہور ہے ۔ ایسٹرن (œstrin) جانداروں میں رٹ (rut = مستی) کے مظہرات کا سبب ہوتی ہے ، اور رحم اور مہبل کے نمو کی تکمیل کرتی ہے ۔ ایسٹرن (œstrin) انسان میں رحم کے مکمل نمو کے لئے ضروری ہے ، نیز یہ منسٹروال سائکل (حیضی دور) میں اینڈومیٹریم (درون رحمہ) کی بیش پروردگی کے درجہ میں ایک حصہ لیتی ہے ۔ تاہم یہ خود بخود اینڈومیٹریم (درون رحمہ) کی بیش پروردگی پیدا نہیں کر سکتی ، بلکہ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کے ہارمون (harmone) پروجسٹن (progestin) کی امداد کی محتاج ہے ۔ گویا پروجسٹن کا کام اینڈومیٹریم (درون رحمہ) کی بیش پروردگی کو ایک آخری درجہ تکمیل تک پہنچانا ، اور اینڈومیٹریم (درون رحمہ) کو ایک باورشدہ اووم (بیضہ) کی وصولی کے لئے بالکل صالح بنانا ہے ۔ جوں ہی کارپس لوٹیم (جسم اصفر) میں رجعت قہقری واقع ہوتی ہے ، ایسٹرن (œstrin) کی رسد منقطع ہو جاتی ہے ، چنانچہ فوراً ہی اینڈومیٹریم (درون رحمہ) (یعنی منسٹروال ڈسڈوا (حیضی ریزینہ) میں تکسر واقع ہوتا ہے اور حیضی بہاؤ شروع ہو جاتا ہے ۔ جب عملیہ کے ذریعہ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کو دور کر دیا گیا ہے ، خواہ یہ عملیہ منسٹروال سائکل (حیضی دور) کے کسی موقعہ پر بھی کیا جائے ، تو چند گھنٹہ بعد حیضی بہاؤ ہمیشہ ضرور پیدا ہو گیا ہے ۔

اس کے برعکس ، اگر حمل واقع ہو تو کارپس لوٹیم (جسم اصفر) باقی رہتا ہے اور پروجسٹن (progestin) پیدا کرتا رہتا ہے ۔ یہ پروجسٹن (progestin) پھر پریگننسی ڈسڈوا (pregnancy decidua = حملی ریزینہ) کے مکمل نمو پر اقتدار رکھتی اور اووم (بیضہ) کی تفریش میں حصہ لیتی ہے ۔ بعض حاملہ جانداروں میں اگر کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کا استیصال کر دیا جائے ، تو اسقاط واقع ہو جاتا ہے ۔ انسان میں اسطرح اسقاط واقع نہیں ہوتا ۔

مذکورۂ بالا بیان ، حیض کی فعلیات کے متعلق جدید نظریات کا حامل ہے ۔ تاہم یہ تمام موضوع حقیقت میں اس قدر وسیع ہے ، کہ ایک قبالت کی نصابی کتاب میں ممکن نہیں کہ اس پر مکمل طور پر بحث کی جائے ۔ مثلاً ایسٹرن (œstrin) اور پروجسٹن (progestin) کے متعلق اور بھی کچھ بیان کیا جا سکتا ہے ۔ غیر حاملہ حالت میں ایسٹرن (œstrin) کا اولی ماخذ ، اوورین فالیکل

ovarian follicle) = بیضی جراب)، ہیں، تاہم زمانۂ حمل میں ایسٹرن، حاملہ عورتوں کے پلیسنٹا (placenta = مشیمہ) اور امینیاٹک فلوئڈ (amniotic fluid = رہل) اور پیشاب میں بھی پائی جاسکتی ہے، چنانچہ حیاتی کیمیائی اور علاجی اغراض کے لئے اس کی سب سے بڑی رسد آخرالذکر ہی سے حاصل ہوتی ہے۔ ایسٹرن (œstrin) خون میں بھی پائی جاتی ہے، لیکن اس میں اس کی مقدار، تناسلی خطہ کے دوری تغیرات کے لحاظ سے کم وبیش ہوتی ہے۔ خون میں ایسٹرن (œstrin) کی سب سے زیادہ مقدار زمانہ حمل میں ہوتی ہے، اور کچھ شہادت ظاہر کرتی ہے کہ اس زمانہ میں پلیسنٹا (placenta = مشیمہ) اس ہارمون (harmone) کا فعالانہ افراز کرتا ہے۔ بخلاف اس کے پروجسٹن (progestin) کو، صرف کارپس لوٹیم (جسم اصفر) پیدا کرتا ہے۔ علاوہ ازیں حاملہ عورتوں کے پیشاب میں نخامی ہارمونوں کی ایک بہت بڑی مقدار پائی جاتی ہے، حتیٰ کہ انکو ہائپوفسس (hypophysis = زیر نامیہ) سے تخلیص کرنے کی بجائے، پیشاب سے تخلیص کرنا زیادہ آسان ہے۔ اس امر کے متعلق کہ آیا یہ ہارمون فی الواقع وہی ہیں جو کہ پشوٹری گلینڈ (pituitary gland = غدۂ نخامیہ) میں پائے جاتے ہیں، بہت بحث ہوچکی ہے۔ ان دونوں کے فعلیاتی تعاملات اسقدر قریبی مشابہت رکھتے ہیں کہ گمان غالب ہے کہ یہ دونوں ایک ہی ہیں۔ کچھ شہادت اس عقیدہ کی تائید کرتی ہے کہ پلیسنٹا (placenta = مشیمہ)، پرولان (prolan) کا فعالانہ افراز کرتا ہے۔

پشوٹری ہارمونز (pituitary harmones = نخامی ہارمونوں) کا مونث تناسلی اعضاء پر جو اثر ہوتا ہے، اووریز (بیضوں) کے توسط سے ہوتا ہے۔ جن حیوانوں کے اووریز (بیضات) دور کردئے گئے ہیں، ان پر کچھ اثر نہیں ہوتا۔

فرٹلائزیشن (fertilization = انصباب)

اب یہ عام طور پر یقین کیا جاتا ہے کہ سپرمیٹازون (spermatozoon = حیوان منویہ) اور اووم (بیضہ) کا وصل، فالوپین ٹیوب (Fallopian tube = فالوپی انبوبہ)

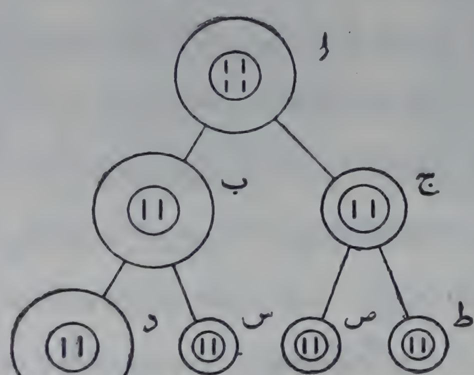
میں واقع ہوتا ہے۔ اور نیز یہ کہ اس وقت جبکہ نو عمر مضغہ رحم کی جانب سفر کرتا ہوتا ہے، تو نمو کے ابتدائی مراحل بھی اسی نالی میں وقوع پذیر ہوتے ہیں ۔ ادنیٰ درجہ کے پستانیوں کی تمثیل اس رائے کی تائید کرتی ہے، کیونکہ ان میں مضغے ابتدائی مرحلوں میں فالوپین ٹیوبز (Fallopian tubes = فالوپی انبوبوں) میں پائے جاسکتے ہیں ۔ مزید براں اس کی تائید اس طرح بھی ہوتی ہے کہ اکثر ٹیوبل جسٹیشن (tubal gestation = انبوبی حمل) ہوجاتا ہے اور اس سے عورتوں میں حادثات ہوجاتے ہیں ۔

عام فہم اسباب کی بنا پر یہ اغلب معلوم ہوتا ہے کہ انسانی اووم (بیضہ) اگر بارور ہوجائے، تو رحم میں داخل ہونے سے پیشتر کسی حد تک نمو حاصل کرچکتا ہے اور فوراً اس قابل ہوجاتا ہے کہ اپنی تغریش شروع کردے ۔ لیکن اگر اووم (بیضہ) کہفۂ رحم میں پہنچنے تک بارور نہو، تو وہ نشوونما نہیں پاسکتا کہ جس سے وہ مفروش ہوسکے، لہٰذا یا تو وہ ضائع ہوجاتا ہے یا رحم سے باہر گرجاتا ہے ۔ یہ امر بخوبی معلوم ہے کہ سپرمیٹازووا (spermatozoa = حیوانات منویہ) فالوپین ٹیوبز (فالوپی انبوبوں) میں داخل ہونے کے بعد اس میں بہت روز تک زندہ رہنے کی صلاحیت رکھتے ہیں، لیکن باروری سے پہلے اووم (بیضہ) کی زندگی کیا ہوتی ہے اس کے متعلق کچھ معلوم نہیں ۔ مزید براں سپرمیٹازووا (spermatozoa = حیوانات منویہ) اتنی مدت تک زندہ رہنے کی قابلیت رکھتے ہیں، کہ بار یطون میں پہنچ سکیں، اور اووری (بیض) کے ایسے مشقوق گریفیائی فالیکل (جراب) میں داخل ہوسکیں جس میں سے اووم (بیضہ) ابھی نہ نکلا ہو ۔ یہ 11
مظہر اوویرین جسٹیشن (ovarian gestation = بیضی استقرار حمل) سے ثابت ہوتا ہے کہ جس کے وقوع میں بالکل شک نہیں ۔

چونکہ فالوپین ٹیوب (فالوپی انبوبہ) میں سلیری کرنٹ (ciliary current = ہُدبی رو) اکسٹرنل آس (external os = خارجی فم رحم) کی جانب ہوتی ہے، لہٰذا سپرمیٹازووا (spermatozoa = حیوانات منویہ) اس رو کے خلاف سمت میں اپنی منزل طے کرتے ہونگے ۔ ہنوز اس امر کی وضاحت نہیں کی گئی ہے کہ ایسا کیوں ہوتا ہے اور وہ اس کے بجائے حیوانات مہبل میں بے نتیجہ ہجوم کیوں نہیں کرتے، مگر یہ ممکن ہے کہ فالوپین ٹیوب (فالوپی انبوبہ) کا افراز سپرمیٹازووا (spermatozoa = حیوانات منویہ) پر مثبت بہ کیمیا آراء اثر رکھتا ہو ۔ شروع میں جبکہ انبوبی افراز، رحمی افراز کے ذریعہ مرقق ہوتا ہے، یہ اثر کم ہوتا ہے ۔ مگر جب

سپرمیٹوزووا spermatozoa = حیوانات منویہ) فالوپی نالی کے دہنہ پر پہنچتے ہیں تو یہ اثر نہایت قوت دار ہوتا ہے۔

فرٹلائزیشن (fertilization = اخصاب) کا فعل انسان میں نہیں دیکھا گیا، مگر یہ فرض کرنے کی کوئی وجہ نہیں کہ یہ اُس فعل سے مختلف ہوتا ہے جو کہ ادنیٰ جانوروں میں ہوتا ہے۔ جب اووم (بیضہ) پختہ ہوجاتا ہے یعنی پولر باڈیز (polar bodies = اجسام قطبیہ) خارج ہوجاتے ہیں، تو اُس کے نوات کے کروموسومز (chromosomes = اجسام لونیہ) ابتدائی تعداد کے مقابلہ میں نصف رہ جاتے ہیں۔ اووم (بیضہ) کی پختگی حسب ذیل طریقہ پر



تصویر ۶۔ ایک فرضی اوسائٹ (ابتدائی بیضہ) کا خاکہ جس میں چار کروموسوم (لونی جسم) ہیں۔

ا۔اوسائٹ (ابتدائی بیضہ)۔ ب۔اوسائٹ (ابتدائی بیضہ)۔ ج۔پہلا پولر باڈی (polar body = قطبی جسم)۔ د۔پختہ اووم (بیضہ)۔ س۔دوسرا پولر باڈی (polar body = قطبی جسم)۔ ص۔ ط۔پولر باڈیز (polar bodies = قطبی اجسام)۔

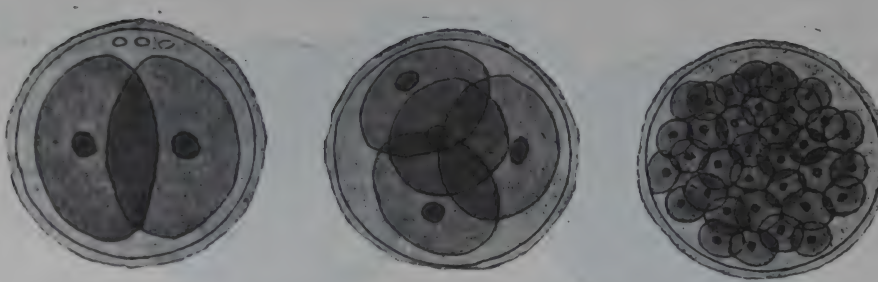
انجام پاتی ہے:۔ اوسائٹ (oocyte = ابتدائی بیضہ) کا نوات منقسم ہوجاتا ہے، اور پیدا شدہ نواتوں میں سے ایک نوات فرسٹ پولر باڈی (first polar body = جسم قطبیہ اولی) ہوتا ہے، اور دوسرا بحیثیت اوسائٹ (oocyte = ابتدائی بیضہ) کے نوات کے باقی رہتا ہے۔

یہ ہیٹروٹپیکل (heterotypical = غیر تمثیلی) تقسیم ہے، یعنی قصری تقسیم کہ جس میں اوسائٹ (ابتدائی بیضہ) کے نوات میں کروموسومز (chromosomes = اجسام لونیہ) کی صرف نصف تعداد رہ جاتی ہے۔ اب اوسائٹ (oocyte = ابتدائی بیضہ) کا نوات دوبارہ تقسیم ہوتا ہے، اور سیکنڈ پولر باڈی (second polar body = جسم قطبیہ ثانی) وجود میں آتا ہے۔ اوسائٹ (oocyte = ابتدائی بیضہ) اب پختہ اووم (بیضہ) بن جاتا ہے۔ یہ ہوموٹپیکل (homotypical = ہم تمثیلی) تقسیم ہے۔ اس اثناء میں فرسٹ پولر باڈی (first polar body = جسم قطبیہ اولی) بھی ہم تمثیلی طور پر دو میں منقسم ہوجاتا ہے، چنانچہ اب تین پولر باڈیز (polar bodies = اجسام قطبیہ) اور ایک پختہ اووم (بیضہ) موجود ہوتے ہیں، اور ان سب میں کروموسومز (chromosomes = اجسام لونیہ) کی تعداد ابتدائی کی نصف ہوتی ہے۔
سپرمیٹازون (spermatozoon = حیوان منویہ) میں کروموسومز (chormosomes = اجسام لونیہ) کی تعداد، سپرمیٹوجینیسس (spermatogenesis = تکوین حیوانات منویہ) کے
ایک مرحلہ میں پہلے ہی نصف ہو چکی ہوتی ہے۔ فرٹلائزیشن، (اخصاب) فی الحقیقت پرونیوکلیس 12
(pronucleus = پیش نوات) یعنی سپرمیٹازون (spermatozoon = حیوان منویہ) کے سرا اور فیمیل پرونیوکلیس (female pronucleus = پیش نوات نسوانی) (یعنی اجسام قطبیہ کے خروج کے بعد بیضہ کا جو نوات رہ جاتا ہے) کے وصل کا نام ہے۔ اس سے ایک نوات [موسوم بہ سگمنٹیشن نیوکلیس (segmentation nucleus = نواۃ تفلق)] حاصل ہوتا ہے، جس میں ایک بار پھر کروموسومز (اجسام لونیہ) کی تعداد ابتدائی تعداد کے برابر ہو جاتی ہے، جتنی کہ نوع انسان کے کسی موجودہ اووم (بیضہ) یا کسی دوسرے خلیے میں ہوتی ہے۔ بہرحال یہ نیا خلیہ نر و مادہ دونوں سے حاصل کردہ عناصر و خصوصیات پر مشتمل ہوتا ہے۔

انسانی اووم (بیضہ) کے نمو کے ابتدائی مراحل ہنوز مشاہدہ نہیں کیے گئے، بدیں وجہ اس کے متعلق جو آراء پیش کی گئی ہیں وہ لازمی طور سے مفروضات ہیں۔ گر عموماً پستانی مضغوں کے ابتدائی مراحل نمو کے متعلق اس وقت بہت کثرت سے شہادت موجود ہے، اور یہ امر بالکل معقول معلوم ہوتا ہے کہ انواع انسانی کے متعلق بھی نظریہ قائم کیا جائے، خاصکر جبکہ برائس ٹیچرز اووم (Bryce Teacher's ovum = برائس ٹیچرز کا بیضہ)، پیٹرز اووم (Peter's ovum = پیٹرز کا بیضہ) اور گراف وان سپیز اووم (Graf v. Spee's ovum = گراف وان

سپیرز کا بیضہ) معلوم ہو چکے ہیں ، جو نمو کا اتنا ابتدائی مرحلہ ہیں کہ اُن کے ماقبل مراحل کے متعلق بھی بعض مفروضات قائم کرنا جائز ہے ۔

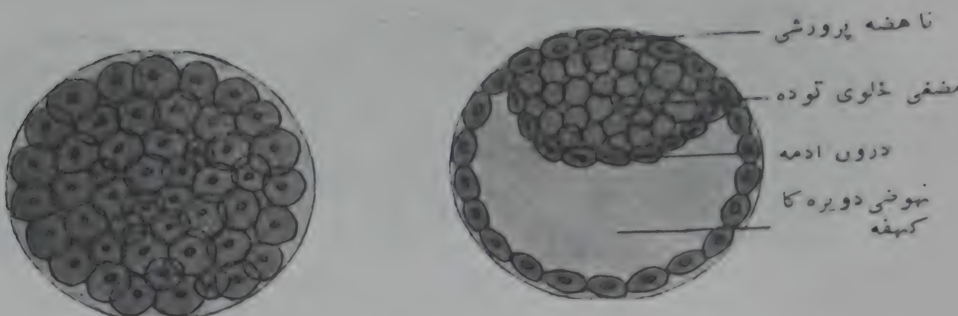
بارروری کے وقوع کے بعد اس وقت جبکہ اووم ہنوز فالوپی انبوب میں ہوتا ہے ، سیگمنٹیشن (segmentation = تفلق) غالباً فوراً شروع ہوجاتا ہے ۔ پہلا سیگمنٹیشن (تفلق) قدرۃً بیضی خلیہ کو دو میں منقسم کردیتا ہے ، پھر چار ، آٹھ ، سولہ ، بتیس میں ، اور علیٰ ہذا القیاس حتیٰ کہ خلیوں کا ایک ٹھوس تودہ بنجاتا ہے ، جسے مارولا سٹیج (morula stage = درجہ شہتوتیہ) کہہ سکتے ہیں ۔



تصویر ۷ ۔ باررور شدہ اووم (بیضہ) کا تفلق (بطور خاکہ کے) ۔
پہلی مرتبہ تقسیم دو میں ، دوسری مرتبہ چار میں ، اور پھر بہت سے خلیات میں ہوتی ہے ۔
دو خلوی درجہ میں ہنوز پولر باڈیز (قطبی اجسام) نظر آرہے ہیں ۔

اگرچہ سیگمنٹیشن (تفلق) مکمل اور ہولوبلاسٹک (holoblastic = کامل نہوضی) ہوتا ہے ، مگر حاصل شدہ خلیے سب یکساں نہیں ہوتے ۔ کچھ خلیے چھوٹے ہوتے ہیں ، زیادہ تیزی سے منقسم ہوتے ہیں ، اور مارولا (شہتوتیہ) کی سطح پر واقع ہوتے ہیں ۔ کچھ خلیے بڑے ہوتے ہیں اور مرکزی طور پر واقع ہوتے ہیں ۔ گویا اس ابتدائی مرحلے میں بھی دو مختلف قسم کے خلیے موجود ہوتے ہیں ۔ اسوقت جبکہ یہ سب کچھ ہو رہا ہوتا ہے مارولا (شہتوتیہ) میں سیال جمع ہونا شروع ہوتا ہے ، جو بتدریج بیرونی خلیوں کو اور اندرونی خلیوں کو جدا کردیتا ہے ، اور ٹھوس مارولا (شہتوتیہ) کو

کھوکھلے بلاسٹوسسٹ (blastocyst = نہوضی دویرہ) میں تبدیل کر دیتا ہے۔
اس مرحلہ میں چھوٹے خلیوں کی بیرونی تہ کو ٹروفوبلاسٹ (trophoblast=
ناہضہ پرورشی) کہتے ہیں، اور اندرونی خلوی تودہ کو ایمبریانک سیل ماس (embryonic
cellmass = مضغی خلوی تودہ) یا انکلوزڈ ایکٹوڈرم (enclosed ectoderm= 13
محصور بیرون ادمہ) کہتے ہیں۔ دوسرے مرحلہ میں اینٹوڈرم (entoderm = دروں ادمہ)
کا پہلے پہل ظہور ہوتا ہے، اینٹوڈرم (دروں ادمہ) انکلوزڈ ایکٹوڈرم (محصور بیرون ادمہ) کے
سب سے اندرونی حصہ سے، کسیقدر چپٹے خلیوں کی صورت میں متفرق ہوتا ہے۔

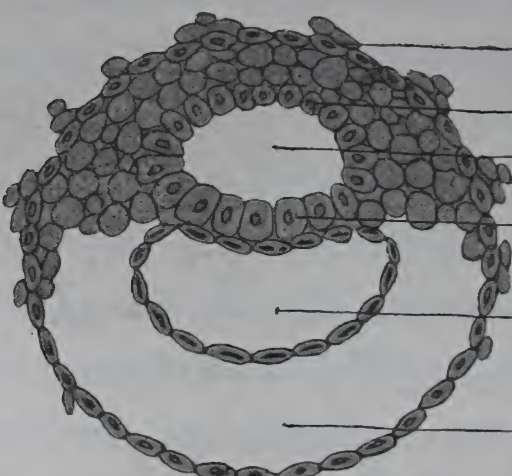


ب ا

تصویر ۸۔ بارور شدہ اووم (بیضہ) کا تفلق (خاکہ)۔
ا۔ مارولا (شہتوتیہ)۔ ب۔ بلاسٹوسسٹ (نہوضی دویرہ)

مذکورہ بالا تہ ایک بند تھیلا بنجاتی ہے، لیکن ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) اور اسکے
درمیان کافی فاصلہ ہوتا ہے۔ ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) بہت سرعت کے ساتھ بالیدگی حاصل
کرتا ہے، اور کھوکھلے بلاسٹوسسٹ (نہوضی دویرہ) کو اتنا بڑا کر دیتا ہے کہ اس کو مذکورہ بالا تھیلے سے
اور انکلوزڈ ایکٹوڈرم (محصور بیرون ادمہ) کی جسامت سے کچھ نسبت نہیں رہتی۔
جب یوک سیک (yolksac = زردی کی تھیلی) بن رہی ہوتی ہے تو انکلوزڈ ایکٹوڈرم
(محصور بیرون ادمہ) میں ایک شگاف یا کہفہ ظاہر ہوتا ہے جو مستقبل کی امنیاٹک کیویٹی
(amniotic cavity = انفسی کہفہ) کا قائم مقام ہوتا ہے۔ حقیقی مضغہ اس کے

فرش میں بنتا ہے ۔ امنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) کے فرش میں [اور اینٹوڈرم (entoderm=
درونِ ادمہ سے قریب ترین] جو خلیے ہوتے ہیں وہ ستونی وضع کے ہوجاتے ہیں، اور ایمبریانک
ایکٹوڈرم (embryonic ectoderm = مضغی برون ادمہ) کہلاتے ہیں ۔ اس
تمام مدت میں ٹروفوبلاسٹ (trophoblast = ناھضہ پرورشی) پھیلتا رہا ہے، اور بلاسٹوسسٹ
(نہوضی دویرہ) اتنا بڑھ گیا ہے کہ اس کو انکلوزڈ ایکٹوڈرم (محصور برون ادمہ) سے کچھ نسبت
14 نہیں رہی ۔ چنانچہ یوک سیک (زردی کی تھیلی) اور امنیاٹک سیک (انفسی تھیلی) بلاسٹوسسٹ



تصویر ۹ ۔ انسانی مضغہ کے نمو میں ایک فرضی مرحلہ (خاکہ نما تراش)

(blastocyst = نہوضی دویرہ) میں ایک قطب پر ایک چھوٹا سا ابھار بناتی ہے، جو کہ
انکلوزڈ ایکٹوڈرم (محصور برون ادمہ) کی صرف ایک موٹی ڈنڈی کے ذریعہ چپکا ہوا ہوتا ہے۔
اسے ونٹرل سٹاک (ventral stalk = اگلی ڈنڈی) کہہ سکتے ہیں، اور یہ امبلائکل کارڈ
(umbilical cord = حبل السرۃ) کا پیش رو ہے ۔

یہ بخوبی سمجھ لینا چاہیئے کہ نموئے انسانی میں یہ مراحل خالصتاً فرضی ہیں، اور ان کو
بندر، خرگوش اور ایک لیمور (lemur) (ٹارسیس سپکٹرم: tarsius spectrum)

کی جنینیات (embryology) کی بنا پر بیان کیا گیا ہے۔

تیسری جرمینل لیئر (نمتی تہ) یعنی میزوڈرم (mesoderm = میان ادمہ) کی تکوین یوں بیان کی جاسکتی ہے کہ جہاں ایمبریانک ایکٹوڈرم (مضغی برون ادمہ)، یوک سیک اینٹوڈرم (زردی کی تھیلی کے درون ادمہ) سے متماس ہوتا ہے، وہاں سے خلیوں کی ایک چادر پیدا ہوتی ہے۔ چنانچہ پہلے پہل یہ ایک اوّلین دھاری اور ایک گھڑی نما مٹائی، یعنی "ہنسن (Hensen) کی گرہ" نظر آتی ہے۔ یہ میزوڈرمک (mesodermic = میان ادمی) خلیے ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کی اندرونی جانب سے متماس رہتے ہوئے چاروں طرف بڑھتے جاتے ہیں، اور یوک سیک (زردی کی تھیلی) کے اینٹوڈرم (درون ادمہ) کو بیرونی جانب سے ڈھکتے ہیں۔ ان تہوں کا درمیانی کہفہ اب پریمٹو سیلام (primitive cœlom = اولیں کول) کہلاتا ہے۔

ایکٹوڈرم (بیرون ادمہ)، اینٹوڈرم (درون ادمہ) اور میزوڈرم (میان ادمہ) ان تین نمتی تہوں نیز امنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) و یوک سیک (زردی کی تھیلی) کے بننے کے ساتھ، انسانی مضغہ کے وہ تمام مراحل جو کہ معلوم ہیں یا بیان کئے گئے ہیں ختم ہوجاتے ہیں۔

ان مراحل پر ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) [یعنی اکسٹرا ایمبریانک ایکٹوڈرم (extra-embryonic ectoderm = خارج المضغی برون ادمہ] ان ولائی (خملات) کی داغ بیل ڈال رہا ہے، جو کہ مضغہ کو مادری ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) سے چسپاں کرتے ہیں، اور اس کی خوراک بہم پہنچاتے ہیں۔ امنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) کروی شکل اختیار کرلینے کی بجائے، بہت چپٹی ہوگئی ہے، جیسا کہ فرضی بیضہ شکل ۹ میں دکھایا گیا ہے۔ ایمبریانک ایکٹوڈرم (مضغی بیرون ادمہ) بجائے مقعر ہونے کے چپٹا ہوگیا ہے اور ونٹرل سٹاک (ventral stalk = اگلی ڈنڈی) گھماؤ سے سرک گیا ہے، اور ایمبریانک ایکٹوڈرم (مضغی برون ادمہ) کے اس سرے سے ابھرا ہوا ہے جو انجام کار مضغہ کا ذنبی سرا ہوگا۔

اصل مضغہ کے نمو کی تفصیلات اس کتاب کے دائرہ بحث سے باہر ہیں۔ مگر یہ مدنظر رکھنا چاہئے کہ گراف وان سپی (Graf v. Spee) کا جو دو ملی میٹر کا مضغہ ہے، اسمیں ایمبریانک ایکٹوڈرم (مضغی بیرون ادمہ) سامنے سے مڑکر سر بنارہا ہے، اور اولیں دھاری کا پچھلا حصہ سوراخدار ہوکر نیورانٹرک قنال (neurententeric canal = قناۃ عصبیہ معویہ) بنارہا ہے اور ایک پریمٹو النٹائس (primitive allantois = اولیں کلمیہ) بصورت ایک عطفہ کے

ٹھوس ونٹرل سٹاک (اگلی ڈنڈی) کے اندر تھوڑی دور تک چلا گیا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ اینٹوڈرم (درون ادمہ) یوک سیک (زردی کی تھیلی) سے گویا کہ دبتا ہوتا ہے تا کہ اولین آنت (آرکنٹران: archenteron) بنائے۔ اول ترین مضغہ کے انکشاف سے بعض دلچسپ نکات ظاہر ہوئے ہیں۔ مثلاً یہ کہ امنیان (amnion = انفس) ابتدا سے ایک بند تھیلی ہوتی ہے، اور اس طرح نہیں بنتی کہ جس طرح چوزہ میں اوپر بڑھتے ہوئے ایکٹوڈرمل (بیرون ادمی) دہراؤں سے بنتی ہے۔ اور یہ کہ ایلنٹائس (allantois = کلمیہ) اولین آرکنٹران (archenteron) کے پچھلے سرے سے ایک چھوٹے سے بروز کی صورت میں پیدا ہوتا ہے، اور کبھی مضغہ کی حقیقی حدود سے آگے نہیں نکلتا۔ اور یہ کہ امبلائکل کارڈ (حبل السرّی) کا پیش رؤ انکلوزڈ ایکٹوڈرم (محصور بیرون ادمہ) کا ایک ٹھوس تودہ ہوتا ہے جسے اب ونٹرل سٹاک (ventral stalk = اگلی ڈنڈی) کہتے ہیں۔

15 **بارور شدہ بیضہ کا رحم کے غشاءِ مخاطی میں مفروش ہونا۔** اغلب ہے کہ جب مضغہ شکل ۹ میں دکھائے ہوئے فرضی مرحلہ کو پہنچ جاتا ہے، تو وہ رحم کی غشاء مخاطی میں مفروش ہونا شروع ہوتا ہے۔ وہ ٹروفوبلاسٹ (پرورشی ناہضہ) کی ایک تہ سے ڈھکا ہوتا ہے، جس میں کوریانک ولائی (chorionic villi = سلوی خملات) کے مبادی ابھی سے نظر آنے لگتے ہیں، مگر ہنوز اس میں میزوڈرم (میان ادمہ) اور عروق خون نہیں ہوتے۔ یہ ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کی تہ، پہلے پہل تنہا ایکٹوڈرمل (ectodermal = برون ادمی) خلیوں پر مشتمل ہوتی ہے مگر بہت جلد دو تہوں میں متفرق ہو جاتی ہے۔ ایک بیرونی تہ جو تخم مایہ (protoplasm) اور بہت سی نواتوں کے غیر متفرق تودوں پر مشتمل ہوتی ہے جن کو سنسٹیم (syncytium = کتلۃ الخلایہ) کہتے ہیں، اور ایک اندرونی تہ جو بہت واضح حدود کے جدا جدا خلیوں پر مشتمل ہوتی ہے، انھیں لینگھانز سیلز (Langhan's cells = لینگھان کے خلیے) کہتے ہیں۔ اس دوتہی ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) میں یہ قوت ہوتی ہے کہ غالباً ایک ہاضم خمیر کے ذریعہ رحم کے غشاء مخاطی کو کھا جائے اور بیضہ اینڈومیٹریم (درون رحمہ) کو چھید کر گھس جائے۔ جب بیضہ اینڈومیٹریم (درون رحمہ) میں چھید کرتا ہوتا ہے تو وہ پھیلتا جاتا ہے، لہذا وہ سوراخ جس کے ذریعہ سے وہ داخل ہوا تھا اصلی بیضہ سے چھوٹا معلوم ہوتا ہے۔ یہ سوراخ فائبرین کے ایک چھوٹے تودہ سے بند ہوتا ہے جسے

ریکرٹس سیکاٹرکس (Reichert's cicatrix = ریکرٹ کا ندبہ) کہتے ہیں - اس مرحلہ پر بیضہ کی جو صورت ہوتی ہے وہ شکل ا میں دکھائی گئی ہے -

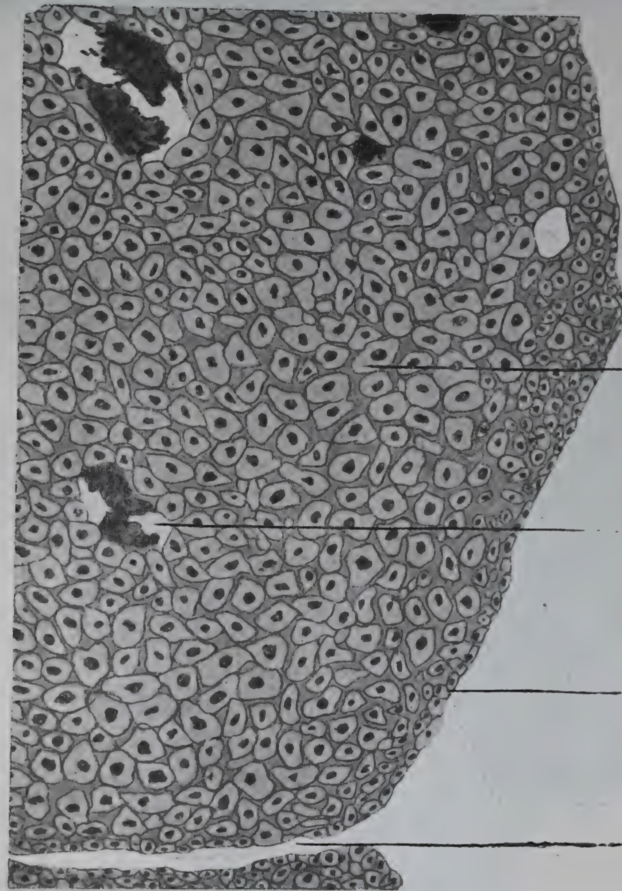
اِدھر یہ کچھ ہوتا ہے تو اُدھر اینڈومیٹریم (درون رحم) کے وہ تغیرات جو حیضی دور میں شروع ہوئے تھے، مزید ترقی کرتے ہیں، یعنی سٹروماسیلز (ہیکلی خلیات) بڑے ہو جاتے ہیں، یہاں تک کہ حمل کا مکمل ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) بنجاتا ہے - معلوم ہوتا ہے کہ ڈسیڈوا



تصویر ۱۰ - یہ خاکے رحمی غشاء مخاطی میں اووم (بیضہ) کی تغریش کا طریقہ ظاہر کرتے ہیں -

(غشاء ساقط) کی تکوین، کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کے اقتدار میں ہے - چونکہ ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کی بالیدگی، جنین اور ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کی بالیدگی کے قدم بہ قدم رہتی ہے، لہٰذا ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کے ولائی (خملات) کے، اور رحمی عضلہ کے درمیان 16
ہمیشہ ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کی ایک محافظ تہ موجود رہتی ہے، یہ تہ اس لئے محافظ ہے کہ یہ خملات کو رحم کی عضلی تہوں میں گھسنے نہیں دیتی - بعض اوقات یہ محافظانہ وظیفہ معطل ہو جاتا ہے

اور خملات عضلا میں گھس جاتے ہیں، اور وہ حالت ظہور میں آتی ہے جو کہ پلیسنٹا اکریٹا (placenta accreta = مشیمہ درون بالیدہ) کے نام سے موسوم ہے۔ ڈیسڈوا (غشاء ساقط) میں تغیر یہ ہوتا ہے کہ اینڈومیٹریم (درون رحمہ) کے سٹروما سیلز (stroma cells = ہیکلی خلیے)



تصویر ۱۱۔ ایک ابتدائی اسقاط حمل سے حاصل شدہ ڈیسڈوا ویرا (غشاء ساقط حقیقی) کی تراش۔

بڑے ہوجاتے ہیں اور ریشکی توصیلی بافت غائب ہوجاتی ہے۔ چنانچہ مکمل طور پر تیار شدہ ڈیسڈوا (غشاء ساقط) کثیر ضلعی خلیوں سے بنا ہوتا ہے، جن میں کروی نوات ہوتے ہیں۔ یہ خلیے

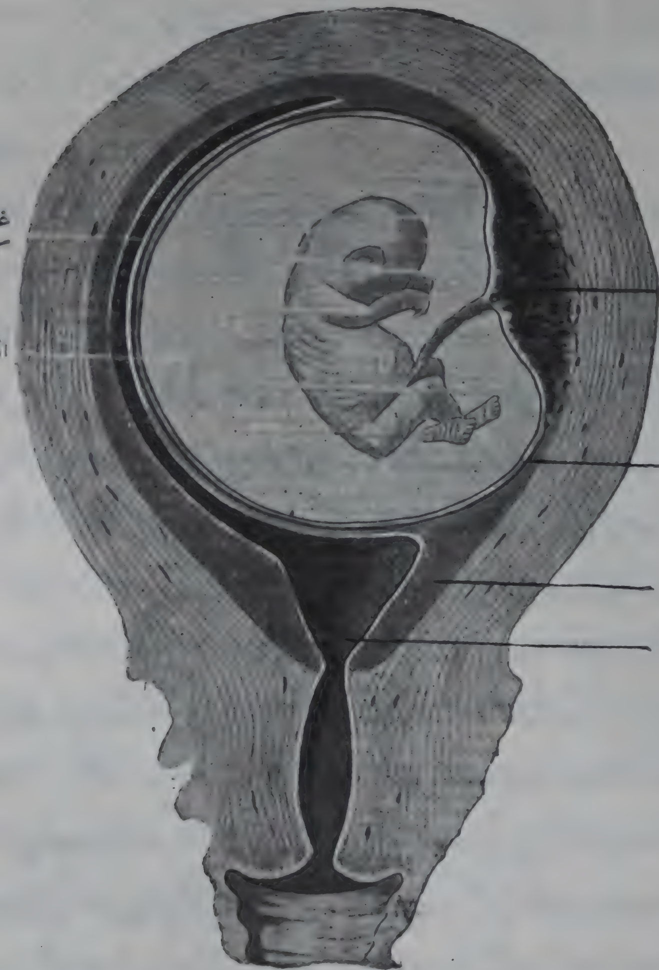
ایک دوسرے کو ہر جانب سے چھوتے ہیں ، اور ان کے درمیان کوئی توصیلی بافتی سٹروما (ہیکل) نہیں ہوتا ، جو صرف عروق دموی کے گرد ذرا سا باقی رہ جاتا ہے ۔ غشاء ساقط کے خلیوں کی یہ ترتیب ، شکل ۱۱ میں جو ابتدائی زمانہ کے اسقاط سے حاصل شدہ ڈیسڈوا (غشاء ساقط) کی تراش سے کھینچی گئی ہے ، اچھی طرح دکھائی گئی ہے ۔ رحمی غدد ، ڈیسڈوا (غشاء ساقط) میں باقی رہتے



تصویر ۱۲ ۔ یہ خاکے اووم (بیضہ) کی تفریش ، ڈیسڈوا (غشاء ساقط) کی تکوین اور ڈیسڈوا ویرا (غشاء ساقط حقیقی) سے ڈیسڈوا بیزیلس (غشاء ساقط قاعدی) اور کیپسولیرس (کیسوی) کا تفرق دکھاتے ہیں ۔

ہیں ، اُن کا سرحلمی استر متورم ہوتا اور بڑھ جاتا ہے ، اُن کے گہرے حصے متسع ہوجاتے ہیں ، اور اُن کے منہ نسبتاً تنگ اور ایک دوسرے سے دور ہوتے ہیں ۔ چنانچہ ڈیسڈوا (غشاء ساقط)

کا اوپری حصہ "ٹھوس" کہلاتا ہے، اور گہرا حصہ بوجہ اُس میں چوڑی غدودی فضائیں ہونیکے "اسفنج نما" ۱۶
کہلاتا ہے۔ سب سے گہرا حصہ جو کہ عضلہ کے پاس ہوتا ہے بہت گھنا ہوتا ہے اور ولادت کے بعد اینڈومیٹرم
اسی سے دوبارہ بنتا ہے۔ ڈسیڈوا (غشاء ساقط) کی اصلی دبازت بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے، مگر اسکی
ناپ اکثر اوقات چوتھائی انچ ہوتی ہے۔ جب کل اینڈومیٹریم (درون رحمہ) ڈسیڈوا (غشاء ساقط)



تصویر ۱۳ - رحم کے مشمولات، ۱۲ ہفتہ کے حمل کے ختم پر کیا ہوتے ہیں۔
ہیگر کی امارت (دیکھو تصویر ۲۸) ڈسڈول (ساقطی) فضا پر منحصر ہوتی ہے جو کہ
اس میں دکھائی گئی ہے۔

میں تبدیل ہو جاتا ہے، تو اس کے نام اس امر کے مطابق رکھے جاتے ہیں کہ اووم (بیضہ) کا
اس کے ساتھ کیا تعلق ہے۔ چنانچہ وہ حصہ جو اووم (بیضہ) اور رحمی عضلے کے مابین ہوتا ہے
اور جس میں کہ بعدہٗ آنول بنتا ہے، ڈیسڈوا بیزیلس (decidua b asalis = غشاء ساقط
قاعدی) کہلاتا ہے۔ اور وہ حصہ جو اووم (بیضہ) کو ڈھانکتا ہے اور اُس چھوٹے سوراخ کا
جس میں سے اووم (بیضہ) داخل ہوا تھا، احاطہ کرتا ہے، ڈیسڈوا کیپسولیرس (decidua
capsularis = غشاء ساقط کیسوی) کہلاتا ہے۔ باقیماندہ ڈیسڈوا (غشاء ساقط) جو
بیضہ سے پرے کہفۂ رحم کا استر بناتا ہے، ڈیسڈوا ویرا (decidua vera = غشاء ساقط
حقیقی) کہلاتا ہے۔

ڈیسڈوا کیپسولیرس (decidua capsularis = غشاء ساقط کیسوی) کی
تکوین کا طریقہ دلچسپ اور سادہ ہے۔ جیسے جیسے اووم (بیضہ) بڑھتا ہے، ڈیسڈوا (غشاء ساقط) کی
وہ تہ جو ریکرٹس سکاٹرکس (ریکرٹ کے ندبہ) کا احاطہ کرتی ہے، اونچی ہو جاتی ہے اور پتلی پڑ جاتی
ہے، جیسا کہ اشکال ۱۲ و ۱۳ میں دکھایا گیا ہے۔ چنانچہ شروع ہی سے ہمیشہ ایک تہ ڈیسڈوا
(غشاء ساقط) کی ایسی ہوتی ہے جو اووم (بیضہ) کو کہفہ رحم سے جدا کرتی ہے۔ پہلے پہل جبکہ
اووم (بیضہ) کی تفریش کا طریقہ اچھی طرح نہیں سمجھا گیا تھا، یہ یقین کیا جاتا تھا کہ ڈیسڈوا 18
(غشاء ساقط)، اووم (بیضہ) کے چاروں طرف بڑھتا ہے اور بتدریج اُسے اپنے اندر
کر لیتا ہے۔ لیکن اب یہ معلوم ہو گیا ہے کہ یہ مفروضہ غلط ہے۔ جب اووم (بیضہ) اور بھی بڑا
ہو جاتا ہے تو لازمی طور پر کہفۂ رحم بھی بتدریج مٹ جاتا ہے، اور ڈیسڈوا کیپسولیرس (decidua
capsularis = غشاء ساقط کیسوی) ڈیسڈوا ویرا (decidua vera = غشاء ساقط
حقیقی) سے متماس ہو جاتا اور اُس سے چپک جاتا ہے۔ یہ تقریباً ۱۲ ہفتہ کے نمو کے بعد واقع
ہوتا ہے، اسوقت جبکہ آنول بھی مکمل طور پر نمو پا چکتا ہے۔ حمل کے پورے دنوں کے بعد ڈیسڈوا
(غشاء ساقط) کے باقیات اب بھی کوریان (سلی) کی اس سطح پر پہچانے جا سکتے ہیں جو کہ
رحمی دیوار کی جانب ہوتی ہے۔ ڈیسڈوا (غشاء ساقط) اووم (بیضہ) کی بالیدگی کا صرف
اس مقام پر ساتھ دیتا ہے جہاں کہ آخر کار آنول بنا ہوتا ہے، یعنے ڈیسڈوا بیزیلس (غشاء ساقط 19
قاعدی) کے مقام پر۔ ڈیسڈوا کیپسولیرس (غشاء ساقط کیسوی) اور ڈیسڈوا ویرا (غشاء ساقط
حقیقی) یعنی باقی ہر جگہ کا ڈیسڈوا (غشاء ساقط)، رحم اور اووم (بیضہ) کی بالیدگی کے

ساتھ ساتھ پتلا ہوتا جاتا ہے۔ پورے دن پر ڈسڈوا ویرا (غشاء ساقط حقیقی) اور ڈسڈوا کیپسولیرس (غشاء ساقط کیسوی) کی حقیقی مقدار بہت کم ہوتی ہے، اور پتلی ہوتی ہے۔ سروائکل قنال (cervical canal = عنقی قنال) کی غشاء مخاطی ڈسڈوا (غشاء ساقط) میں نہیں تبدیل ہوتی۔

ایمنیان (amnion = انفس) کوریان (chorion = سلی)

اور پلیسنٹا (placenta = مشیمہ)

کوریانک ولائی (chorionic villi = سلوی خملات) کی تکوین کا سب سے پہلا نشان، انسانی اووم (بیضہ) کے اس فرضی مرحلہ میں ملتا ہے جو کہ تصویر ۹ میں دکھایا گیا ہے، اور جس میں یہ ولائی (خملات) ٹروفوبلاسٹ (trophoblast = ناہضہ پرورشی) پر ٹھوس بروزات کی صورت میں ہوتے ہیں۔ اسوقت بلاسٹوسسٹ (blastocyst = نہوضی دوبرہ) میں سیال جمع ہوتا، اور بلاسٹوسسٹ (نہوضی دوبرہ) بسرعت بڑا ہوتا جاتا ہے اور جنین ایک مقام پر ایک چھوٹے سے تودہ کی صورت میں بروز کیئے ہوتا ہے، اور اس میں دو کیفے اور ایک ڈنڈی ہوتی ہے۔ بعد ازاں ولائی (خملات) شاخیں نکالنا شروع کرتے ہیں، جیسا کہ گراف وی سپی (Graf v. Spee) کے ۲ ملی میٹر کے اووم (بیضہ) میں دکھایا گیا ہے۔ اس مرحلہ پر ولائی (خملات)، تمامتر ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کی ٹھوس شاخدار کلیوں کے بنے ہوتے ہیں، لیکن ان میں وہ دو تہیں جن میں ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) تقسیم ہوتا ہے، نمایاں ہوتی ہیں۔ اس ابتدائی مرحلہ پر بھی کوریانک ولائی (سلوی خملات) مغذی اعضا کا کام دیتے ہیں، اور مادری بافتی سیالات سے، جن کے ساتھ وہ متماس ہوتے ہیں، وہ سب کچھ جذب کر لیتے ہیں جو ایک بڑھتے ہوئے جنین کے لئے درکار ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ ان کا ایک تنفسی فعل بھی ہوتا ہے، یعنی وہ ماں اور جنین کے درمیان آکسیجن

(oxygen) اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) غازوں کے تبادلہ کے لئے سہولت بہم پہنچاتے ہیں۔ ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) تخم مایہ کی بنی ہوئی ایک ٹھوس کلی نکالتا ہے جس میں متعدد نواتیں ہوتی ہیں۔ جوں جوں یہ کلی بڑی ہوتی ہے لینگھان (Langhan) کی تہ کے خلیات بھی شد و مد کے ساتھ متکاثر ہو کر اس میں داخل ہوجاتے ہیں۔ ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) پہلے پہل صرف منفرد خلیات پر مشتمل ہوتا ہے جن کے خاکے متمیز ہوتے ہیں، لیکن بعد ازاں اوپری تہوں کے متعدد خلیات کثیر النواۃ پلازموڈیائی (plasmodial) نودوں کی صورت میں متحد ہو کر سنسیٹیم (syncytium = کتلۃ الخلایہ) بنجاتے ہیں۔

نمو کے ایک نہایت ہی ابتدائی مرحلہ میں میزوڈرم (میان جلد) بڑھ کر ونٹرل سٹاک (انگلی ڈنڈی) کی راہ سے کوریانک ولائی (سلوی خملات) میں داخل ہونے لگتی ہے، اور بلاسٹوسسٹ (دویرہ نہوضی) کے گرداگرد پھیلتی جاتی ہے، یہانتک کہ یہ ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کے اندر ایک متمیز تہ بنجاتی ہے۔ میزوڈرم (میان جلد) پہلے پہل محض خلوی ہوتی ہے، لیکن جلد ہی ریشہ دار بنجاتی ہے اور اس سے ولائی (خملات) کا توصیلی بافتی مغز بنتا ہے۔ اول اول میزوڈرم (میان جلد) میں دموی عروق بالکل نہیں ہوتے لیکن آخرکار ونٹرل سٹاک (انگلی ڈنڈی) میں یہ بھی داخل ہوجاتے ہیں، یا ونٹرل سٹاک (انگلی ڈنڈی) کے اندر ہی سے بن جاتے ہیں۔ پس ایک کامل التکوین ولس (خملہ) میں حسب ذیل چیزیں ہوتی ہیں:-

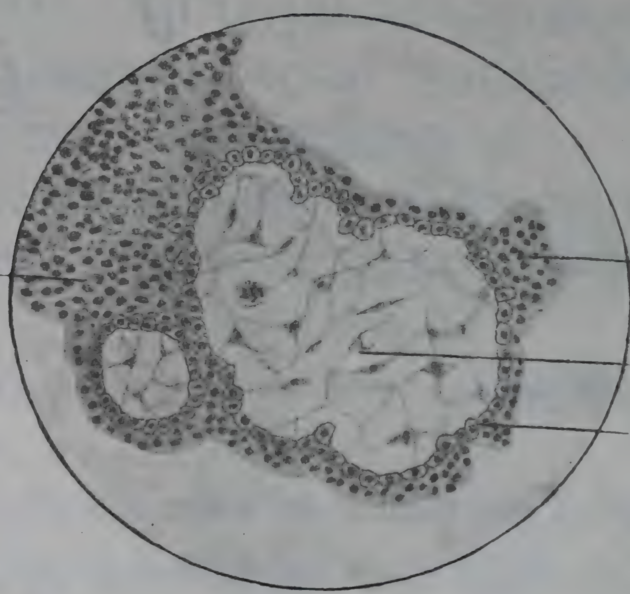
۱- ایک دوتہی ٹروفوبلاسٹ (trophoblast = پرورشی ناہضہ) (یعنے ایکٹوڈرم = بر جلد)۔

۲- ایک توصیلی بافتی مغز (یعنی میزوڈرم = میان جلد)۔

۳- اور عروق دموی جو جنین کے عروق دموی سے ماخوذ ہوتے ہیں۔

عروق دموی کا اولین ظہور یوک سیک (yolksac = زردی تھیلے) پر ہوتا ہے، جبکہ توصیلی بافتی خلیات میں قنالیں بنجاتی ہیں۔ یہ عروق دموی، جنین کے دو ابتدائی اے آرٹی (aortae = اورطیات) کے ساتھ، اور دو مارجنل سائینوسس (marginal sinuses = حاشیائی اجواف) (یعنی امبلائکل وینز = سری وریدوں) کے ساتھ، اور ونٹرل سٹاک (انگلی ڈنڈی) 20
کی راہ سے کوریان (سلی) کے عروق کے ساتھ سرعت سے ملجاتے ہیں۔ یہ یقینی طور پر معلوم نہیں، تاہم باور کیا جاتا ہے کہ کوریان (سلی) اور یوک سیک (زردی تھیلے) کے عروق اس وقت

باہم ربط رکھتے ہیں جبکہ ابھی انسانی جنین میں کوئی بڑی رگ نہیں ہوتی، لیکن انسانی جنین میں یوک سیک (زردی تھیلی) کا دوران خون جلد ہی غیر اہم ہوجاتا ہے اور کوریان (سلیٰ) کا دوران خون انتہا درجہ اہم ہوجاتا ہے۔ جب ولائی (خملات) کی توصیلی بافت میں ایک مرتبہ عروق دموی بنجاتے ہیں، تو پھر عروق کی تکوین ولائی (خملات) کی بالیدگی کے قدم بقدم چلتی ہے۔ اس کے جلد ہی بعد ٹروفوبلاسٹی (نہوضی پرورشی) کلیوں میں چھوٹے چھوٹے



تصویر ۱۴۔ ایک کوریانک ولس (سلوی خملہ) کی تراش، تقریباً چوتھے ہفتہ پر۔

عروق شعری نمویاب ہوتے دیکھے جاسکتے ہیں۔

تقریباً چار ہفتہ کے ختم پر تمام کا تمام بلاسٹوسسٹ (نہوضی دویرہ) ایک ایسے کوریان (سلیٰ) سے ڈھکا ہوتا ہے جو تقریباً آدھ آدھ انچ لمبے ولائی (خملات) سے مکمل طور پر گھرا ہوتا ہے۔ ان ولائی (خملات) کو پانی میں تیرایا جائے تو ایک روئیں دار منظر نظر آتا ہے۔ بعد ازاں

جو ولائی (خملات) کہ ڈسڈوا بیزیلس (غشاء ساقط قاعدی) کے مقابل واقع ہوتے ہیں، وہ بڑھتے ہیں، باہم شاخیں نکالتے ہیں، اور ڈسڈوا (غشاء ساقط) کے ساتھ چپک جاتے ہیں۔ اور جو ولائی (خملات)، باقی کی کوریان (سلی) پر ہر جگہ ہوتے ہیں بتدریج مذبول ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ کوریان (سلی) مصنوعی طور پر دو حصوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ ایک کوریان فرانڈوزم (chorion frondosum = سلی سرخسی) [جو ڈسڈوا بیزیلس (غشائے ساقط قاعدی) سے چپکا ہوتا ہے] اور جس سے پلیسنٹا (مشیمہ) کا جنینی حصہ بنتا ہے۔ اور دوسرا کوریان لیوی (chorion læve = سلی املس) [جو ڈسڈوا کیپسولیرس (غشاء ساقط کیسوی) سے چپکا ہوتا ہے] اور جو مذبول ہو جاتا ہے اور پلیسنٹا (مشیمہ) کی تکوین میں کوئی حصہ نہیں لیتا۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کے نمو کے درحقیقت تین درجے ہیں۔

۱۔ کوریان فرانڈوزم (سلی ورقی) کے ولائی (خملات) کی بالیدگی۔

۲۔ ان ولائی (خملات) کا ڈسڈوا بیزیلس (غشاء ساقط قاعدی) کے ساتھ چسپاں ہونا۔

۳۔ مادری بلڈ سائنسز (blood sinuses = دموی اجواف) یعنی ولائی (خملات) کے گرد کی فضا کا بننا۔

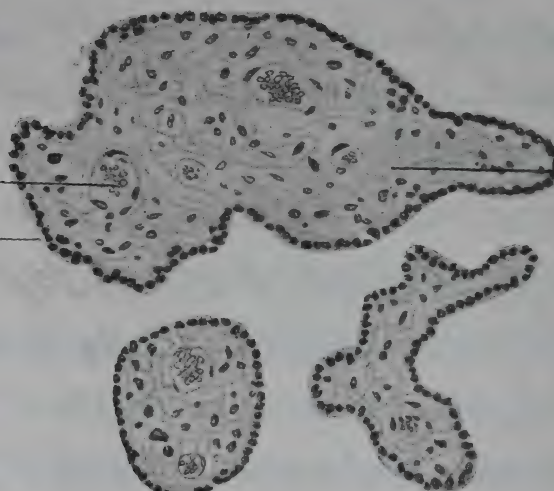
کوریان فرانڈوزم (chorion frondosum = سلی سرخسی) کی بالیدگی محض اسطرح ہوتی ہے کہ ٹرافوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کلیاں نکالتی ہیں، اور ان کلیوں میں میزوڈرم (میان جلد) اُگ کر داخل ہو جاتی ہے، اور اس میں عروق دموی لانبے ہو کر داخل ہو جاتے ہیں۔ 21

ولائی (خملات) کی ڈسڈوا بیزیلس (غشاء ساقط قاعدی) سے چسپیدگی مندرجہ ذیل طور پر عمل میں آتی ہے۔

جب کسی ولس (خملہ) سنیشائی (syncytial = کتلۃ الخلائی) کی پوشش، ڈیڈوا (غشائے ساقط) کے ساتھ مس کرتی ہے، تو مرکز میں لینگہان (Langhan) کی تہ خوب تکاثر کرتی ہے۔ یہ لینگہان (Langhan) کے خلیات، ڈسڈوا (غشاء ساقط) کے اندر کھُب جاتے ہیں اور ولس (خملہ) کو ڈسڈوا بیزیلس (غشاء ساقط قاعدی) کے ساتھ چپکا دیتے ہیں۔ اس درمیان میں سنشیم (syncytium = کتلۃ الخلایہ) ولس (خملہ) کی سطح سے ہٹ کر ڈسڈوا (غشاء ساقط) پر منتقل ہو جاتا ہے، اور اس ولس (خملہ) سے جو اگلا ولس (خملہ) ہوتا ہے،

اس کے سنسٹیم (کتلتہ الخلایا) سے مسلسل ہو جاتا ہے - چنانچہ ان ولائی (خملات) کے درمیان ایک فضا بنجاتی ہے، جو مادری خون سے بھری ہوتی ہے، اور جس کا استر سنسٹیم (syncytium = کتلتہ الخلآ) کا ہوتا ہے -

یہ انٹروِلس بلڈ سپیس (بین الخملاتی دموی فضا)، پلیسنٹا (مشیمہ) کا وہ حصہ ہے جس کا سمجھنا سب سے زیادہ دشوار ہے - اس کے متعلق ہمارا علم بعض مناظر پر مبنی ہے جو برائس ٹیچر (Bryce Teacher) کے اووم (بیضہ) اور پیٹر (Peter) کے اووم (بیضہ) میں پایا



تصویر ۱۵ - ایک پورے وقت کے پلیسنٹا (مشیمہ) سے لئے ہوئے کوریانک وِلس (سلوی خملہ) کی تراش -

اگر اس کا پچھلی تصویر کے ابتدائی وِلس (خملہ) کے ساتھ مقابلہ کیا جائے، تو پختہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے خملہ میں ایک زیادہ گھنا توصیلی بافت کا مغز پایا جاتا ہے جس میں عروق دموی ہوتے ہیں، اور ایک زیادہ پتلی خلوی پوشش پائی جاتی ہے، اور سنسٹیم (کتلتہ الخلایا) تقریباً زائل ہو چکا ہوتا ہے -

دیکھے گئے ہیں، اور وہ یہ ہیں:- جب اووم (بیضہ) چھید کرتا ہوا اینڈومیٹرم (endometrium = درون رحمہ) کے اندر داخل ہو جاتا ہے، تو ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) عروق شعریہ سے مس کرنا لگتا ہے۔ یہ عروق شعریہ، ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کے مجریات ہوتے ہیں، جن کا استر محض اینڈوتھیلیم (endothelium = درحلمہ) کا بنا ہوتا ہے، لہذا ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) ان پر بآسانی حملہ کر سکتا ہے اور تاکل کرکے داخل ہو سکتا ہے۔ چنانچہ ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کسی عروق شعریہ کو کھول کر رکھ دیتا ہے، اور ایک دموی فضا پیدا ہو جاتی ہے، جس کی دیوار پہلے پہل جزءاً ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) سے اور جزءاً اینڈوتھیلیم (درحلمہ) اور ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کی بنی ہوتی ہے۔ جوں جوں ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) بڑھتا جاتا ہے، توں توں عرق کا مجری ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) سے عملی طور پر محاط ہو جاتا ہے، 22
لیکن اس میں ہمیشہ دو فتحات باقی رہ جاتے ہیں جن سے خون بہ کر اندر آتا اور باہر جاتا ہے۔ چنانچہ ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) میں ایک خون کی جھیل نمودار ہو جاتی ہے، جس کو ایک مادری شعری عرق بھرتی، اور ایک خالی کرتی ہے۔

یہ آغاز ہے انٹرولس سپیس (بین الخملاتی فضا) کا۔ چونکہ یہ عمل، ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کے کل رقبہ میں جاری ہوتا ہے، لہذا ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) میں بہت سی جھیلیں نمودار ہو جاتی ہیں، جو ولائی (خملات) کے درمیان ایک دوسرے سے ربط رکھتی ہیں۔ قدرتاً جیسے جیسے ولائی (خملات) بڑھتے جاتے اور عرق دار ہوتے جاتے ہیں، یہ دموی جھیلیں بھی ان کے قدم بقدم بڑھتی جاتی ہیں، کیونکہ بتدریج زیادہ مادری عروق دموی کھلتے جاتے ہیں۔ مزید برآں چونکہ مادری عروق شعریہ ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) میں جذب ہو جاتے ہیں، لہذا یہ بھی ضرور ہوگا کہ آخرکار کوئی شریان یا ورید سامنے آجائیگی۔ چنانچہ آخرکار دموی جوف ایک بہت بڑی شئے بنجاتی ہے، جس کو مادری شریانیں بھرتی اور وریدیں خالی کرتی ہیں، اور جس میں ہر جگہ سنسٹیم (کتلۃ الخلایہ) کا استر ہوتا ہے۔

پلیسنٹا (مشیمہ)، ۱۲ ہفتہ کے اختتام پر مکمل طور پر بنجاتا ہے۔ اسوقت اسکی ساخت درحقیقت وہی ہوتی ہے جو کہ پوری میعاد پر ہوتی ہے، باستثنائے چند ادنیٰ اختلافات کے جو کہ جسامت کی بالیدگی اور انحطاطی تغیرات کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ مشیمہ جسامت میں اس طرح بڑھتا ہے کہ امبلائکل کارڈ (حبل السری) [یعنی وینٹرل سٹاک = بطنی ڈنڈی] سے قریب ترین

مقام پر کوریانک (سلوی) تینے ہر وقت کلیاں اور شاخیں نکالتے رہتے ہیں تنوں کی موٹائی اسطرح بڑھجاتی ہے کہ ان کے اندر اور زیادہ لیفی بافت بنتی رہتی ہے۔ چونکہ رحمی عضلہ اور پلیسنٹا (مشیمہ) کے درمیان ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کی ایک تہ ہر وقت رہتی ہے، لہٰذا پلیسنٹا (مشیمہ) موٹائی میں اسطرح بڑھتا ہے کہ پلیسنٹل (مشیمی) بالیدگی کے ساتھ ساتھ ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) بھی بڑھتا رہتا ہے اور پلیسنٹا (مشیمہ) پر ہر وقت حملہ کرتا رہتا ہے۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کے رقبہ میں بڑھنے کا بھی یہی طریقہ ہے۔ بڑے بڑے کوریانک (سلوی) تنوں میں سے بعض تینے پلیسنٹا (مشیمہ) کی پوری موٹائی کے اندر پھیلے ہوئے اور ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کے ساتھ چپکے ہوئے ہوتے ہیں۔ اور باقی جو کہ جانبی شاخیں ہوتی ہیں، ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) تک بالکل پہنچنے ہی نہیں پاتے، لہٰذا وہ چسپاں نہیں ہوتے۔ کوریانک (سلوی) تنوں کی شاخوں کی ان گنت تعداد اور پیچیدگی اور ان کی سنسٹیائی (syncytial = کتلتی) پوشش کی وجہ سے، جنینی بافتوں کا ایک وسیع رقبہ دموی اجواف میں مادری خون کے زیر اثر آجاتا ہے، جو کہ جنین اور ماں کے درمیان اشیاء غذائیہ، فضلات، اور گیسوں کا باسانی تبادلہ کرنے کے لئے ایک ضروری چیز ہے۔ کوریانک (سلوی) (یعنی جنینی) عروق کا خون، مادری خون سے صرف ٹروفوبلاسٹ، (ناہضہ پرورشی)، توصیلی بافت کی ایک پتلی تہ، اور جنینی عروق شعریہ کے درحلمی استر کے ذریعہ جدا ہوتا ہے۔ اگر سنسٹیم (syncytium = کتلۃ الخلایہ) سالم رہے اور ولائی (خملات) کو مادری خون کی خوب رسد پہنچتی رہے، تو ولائی (خملات) سے متماس مادری خون سیال رہتا ہے۔ لیکن اگر کوئی ولس (خملہ) کسی وجہ سے اپنی دموی رسد سے محروم ہو جائے، تو اس ولس (خملہ) میں انحطاط ہونا شروع ہو جاتا ہے اور اس سے متماس خون سیال نہیں رہتا۔ بلکہ مادری خون سے فائبرن (fibrin) پیدا ہو کر اس ضرر رسیدہ ولس (خملہ) پر جم جاتی ہے، جس سے ایک ٹھوس پلیسنٹل ان فارکٹ (placental infarct = مشیمی سداد) پیدا ہو جاتا ہے۔

23

بابِ دُوّم

پورے وقت کا پلیسنٹا (placenta = مشیمہ)

پورے وقت کا پلیسنٹا (مشیمہ) شکل میں مستدیر ہوتا ہے۔ یہ ایک اسفنجی قرص کی مانند ہوتا ہے، اور قطر میں ، سے لیکر ۸ انچہ ہوتا ہے۔ یہ امبلائیکل کارڈ (حبل السری) کے مقام ادخال کے پاس تقریباً ایک انچہ موٹا ہوتا ہے، بشرطیکہ کارڈ (حبل) مرکز پر واقع ہو۔ اس کا کنارہ متمیز اور مرکزی حصہ سے بہت زیادہ پتلا ہوتا ہے، اور مرکز سے محیط کی طرف جائیں تو اس کی موٹائی گھٹتی جاتی ہے۔ پورے وقت کے پلیسنٹا (مشیمہ) کا وزن تقریباً ایک پونڈ ہوتا ہے۔

پلیسنٹا (مشیمہ) جس بچہ کو رسد دیتا ہے قدرتاً اس کے لحاظ سے جسامت اور وزن میں اختلاف پذیر ہوتا ہے، لیکن بعض مرض کی حالتوں میں ممکن ہے یہ اس سے بہت زیادہ بڑا ہو کہ جتنی بچہ کے وزن کے لحاظ سے توقع کیجا سکتی ہے۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کی ایک جنینی اور ایک مادری سطح ہوتی ہے۔

جنینی سطح

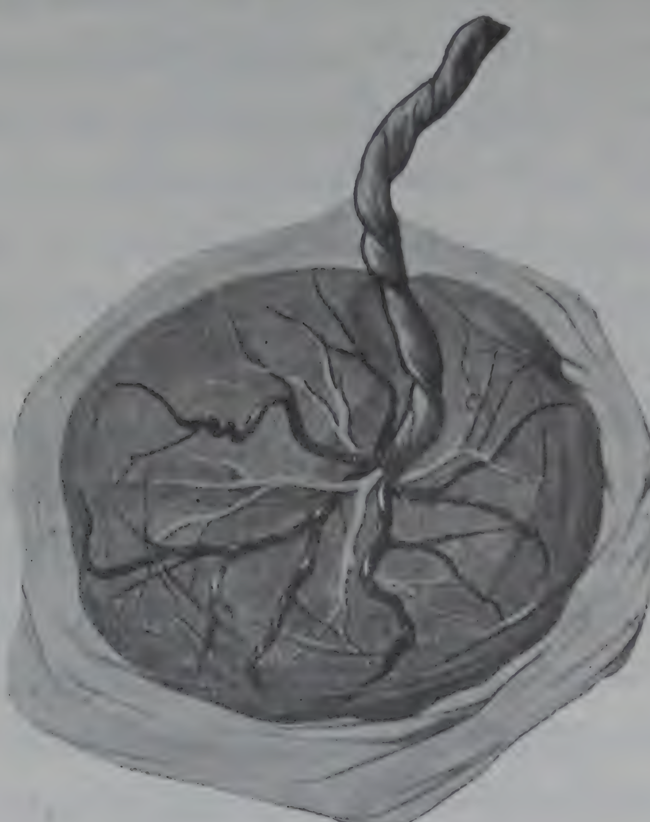
ایمنیان (amnion = انفس) سے ڈھکی ہوتی ہے، یہ چھونے پر ملائم معلوم ہوتی ہے، اور اس کے نیچے عروق دموی دکھائی دیتے ہیں، جو امبلائیکل کارڈ (حبل السری) کے مقام ادخال سے شعاعوں کی مانند پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ ایمنیان (انفس) پلیسنٹل (مشیمی) کنارے کے ساتھ ہموار رہتے ہوئے رحمی دیوار پر چڑھ جاتا ہے اور کوریان

(سلی)، اور منحط ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کے ذریعہ اس کے ساتھ چسپاں ہوتا ہے۔

مادری سطح، چھونے پر کھردری اور اسفنجی معلوم ہوتی ہے، اور متعدد گول گول یا کثیر الاضلاع رقبے پیش کرتی ہے، جو کاٹی لیڈنز (cotyledons = فلقات) کے نام سے موسوم ہیں۔ ہر کاٹی لیڈن (cotyledon = فلقہ) مرکز پر سے کسیقدر محدب ہوتا ہے، اور اسکے اردگرد ایک اتھلا میزاب پایا جاتا ہے جو کاٹی لیڈنوں (فلقات) کو ایک دوسرے سے جدا کرتا ہے۔ مادری سطح کا رنگ دھندلا سرخ ہوتا ہے، اور سطح پر ایک پتلی سی اور کسیقدر ریشم دار تہ ہوتی ہے۔ یہ ڈیسیڈوا بیزیلیس (غشاء ساقط قاعدی) کے باقیات ہیں، جن میں انحطاطی تغیرات ہو چکے ہیں، اور جن کے بیچ سے رحمی دیوار کی علیحدگی کا خط گذرتا ہے۔ ڈیسیڈوا بیزیلیس (غشاء ساقط قاعدی)، ایک غیر متضرر نمونہ میں، کاٹی لیڈنوں (فلقات) پر اور ان کے درمیانی میزابوں پر مسلسل ہوتا ہے۔ ڈیسیڈوا بیزیلیس (غشاء ساقط قاعدی) کو شریانیں اور وریدیں چھیدتی ہیں، جو مادری بلڈ سپیس (دموی فضا) کو رسد پہنچاتی اور اس سے سیلیت کرواتی ہیں۔ مادری سطح بسا اوقات کرکری محسوس ہوتی ہے، جو کہ چھوٹے چھوٹے منحط رقبہ جات کی تکلیس (calcification) کا نتیجہ ہے۔

اگر پلیسنٹا (مشیمہ) کی موٹائی کے وارپار، امنیان (امنفس) سے شروع کرکے، ایک تراش بنائی جائے تو مندرجہ ذیل ساختیں کٹیں گی۔ امنیان (امنفس)، کوریان (سلی)، کوریانک ولائی (سلوی خملات) کے بڑے بڑے
24 تنے، ولائی (خملات) کی جانبی شاخیں، انٹرولس بلڈ سپیس (بین الخملاتی دموی فضا)، بڑے بڑے کوریانک (سلوی) تنوں کی ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کے ساتھ چسپیدگی، مادری بلڈ سپیس (دموی فضا) کا استر، اور آخر ڈیسیڈوا بیزیلیس (غشاء ساقط قاعدی)۔ کوریان (سلی) توصیلی بافت کی ایک پتلی سی تہ معلوم ہوتی ہے جو امنیان (امنفس) کے ساتھ ڈھیلی جڑی ہوتی ہے، اور اس میں بڑے بڑے عروق دموی، امبلائیکل کارڈ (حبل السری) کی طرف جاتے اور اس سے آتے ہیں۔ کوریان (سلی) میں سے بڑے بڑے کوریانک (سلوی) تنے بطور شاخوں کے نکلتے ہیں، اور اکثر تنے پلیسنٹا (مشیمہ) میں سے سیدھے گذرتے ہوئے ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کے ساتھ چسپاں ہو جاتے ہیں اور دونوں سطحوں کو باہم ملا دیتے ہیں۔ بعض تنے ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کے ساتھ چسپاں نہیں ہوتے، بلکہ کثرت سے شاخیں نکالتے ہوئے ایک شجر نما گچھا بنجاتے ہیں، جن سے انٹرولس سپیس (بین الخملاتی فضا) قریب قریب بھری ہوئی ہوتی ہے۔ اگر پلیسنٹا (مشیمہ) کی کسی ایک سطح کو کاٹا جائے تو

اس سے قدرتاً مادری بلڈ سپیس (دموی فضا) کھل جاتی ہے اور اندر کے ولائی (خملات) متضرر ہو جاتے ہیں۔ اگر مادری بلڈ سپیس (دموی فضا) کو دھو کر اس میں سے خون نکال دیا جائے، تو ولائی (خملات) کے شجر نما گچھے خاکستری رنگ کے اور لٹکے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ طبعی علیحدگی کے بعد قدرتاً مادری فضا کا خون بہ کر نکل جاتا ہے، لیکن جنینی خون بالکل ضائع نہیں ہوتا، اسلئے



تصویر ۱۶۔ طبعی پلیسنٹا (مشیمہ) جو کہ جنینی سطح کو ظاہر کرتا ہے۔

کہ طبعی علیحدگی کے دوران میں کوئی ولس (خملہ) نہیں پھٹتا اور نہ متضرر ہوتا ہے۔ چنانچہ اگر کوئی بچہ معہ
پلیسنٹا (مشیمہ) کے خارج ہوا ہو اور اسکے کارڈ (حبل) کو گرہ نہ دی گئی ہو، تو اس کو اپنے 25
حال پر چھوڑا جا سکتا ہے اور نہ تو کوئی جنینی خون ضائع ہوتا ہے اور نہ بچہ کو کسی قسم کی تکلیف ہوتی ہے۔

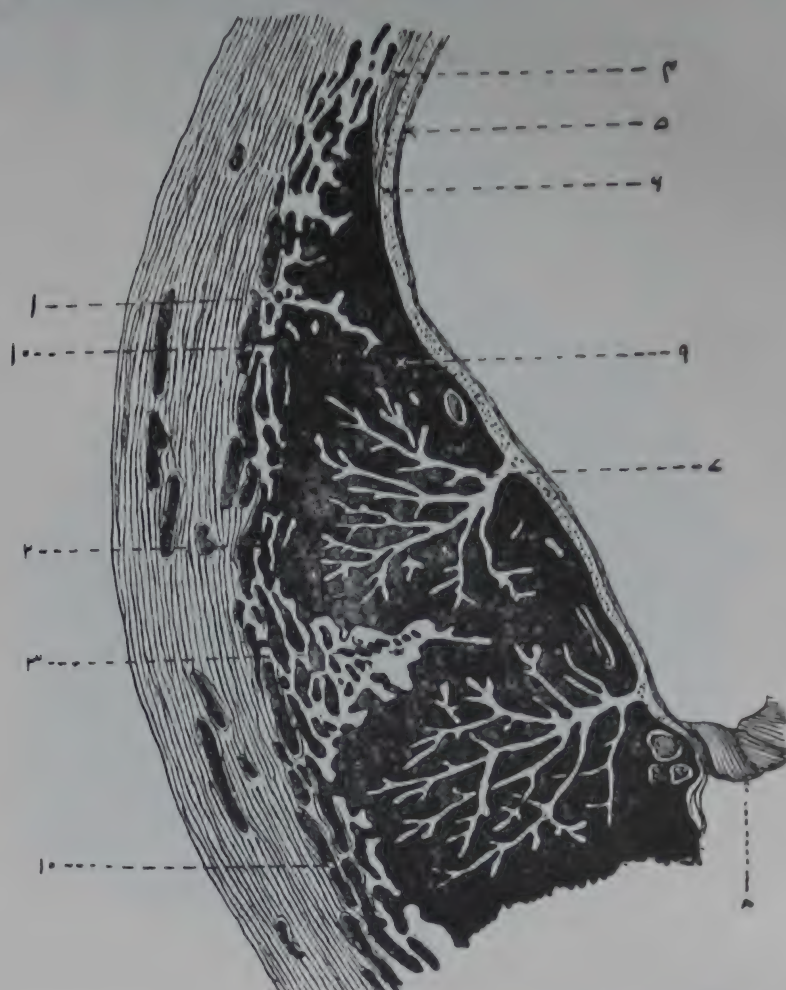
مذکورۂ بالا سے یہ معلوم ہوگیا ہوگا کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کا ایک بہت بڑا حصہ، جنینی الاصل ہوتا ہے، اور واحد مادری بافت جو اس کی تکوین میں حصہ لیتی ہے، ڈسیڈوا بیزیلیس (غشاء ساقط قاعدی) اور ماں کا خون ہوتا ہے۔ انٹروِلس بلڈ سپیس (بین الخملاتی دموی فضا) کے استر کے



تصویر ۷، ۱۔ طبعی پلیسنٹا (مشیمہ) جس میں مادری سطح دکھائی گئی ہے، جو کہ کاٹی لیڈنز (فلقات) میں منقسم ہے۔

متعلق یہ بتایا جا چکا ہے کہ یہ دراصل ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کی سنسٹیائی (syncytial = کتلئی) تہ ہوتی ہے جو تمام وِلس (خملی) تنوں کے اوپر مسلسل ہوتی ہے، اور ڈسیڈوا (غشاء ساقط) کے اس حصہ پر جو ولائی (خملی) پیچیدگیوں کے درمیان ہوتا ہے، استر کرتی ہے۔

ڈیسیڈوا (غشاء ساقط) کی عمیق ترین تہوں میں جو دموی مجریات انٹرولس بلڈ سپیس (بین الخلاتی فضا) کو رسد پہنچاتے اور اس سے تسیلیت کرتے ہیں، وہ مادری شریانوں اور



تصویر ۱۴۔ پلیسنٹا (مشیمہ) اور رحمی دیوار کی خاکہ نما تراشش۔
۱۔ کوریانک ولس (سلوی خلمہ) رحم سے چسپاں ہے۔ ۲۔ ولس (خلمہ) کی آزاد شاخ۔ ۳۔ ولس (خلمہ) میں ایک عروق دموی (جنینی)۔ ۴۔ ڈیسیڈوا (غشاء ساقط)۔ ۵۔ امنیان (انفس)۔ ۶۔ کوریان (سلی)۔ ۷۔ ایک ولس (خلمہ) کا بڑا تنہ۔ ۸۔ امبلائیکل کارڈ (حبل السری)۔ ۹۔ انٹرولس بلڈ سپیس (بین الخلاتی دموی فضا)۔ ۱۰۔ رحمی جوف جو کہ انٹرولس بلڈ سپیس (بین الخلاتی دموی فضا) کو رسد دیتا ہے یا اس کی میلیت کرتا ہے۔

وریدوں کے ساتھ مسلسل ہوتے ہیں، تاہم یہ محض پتلی دیواروں والے اجواف ہوتے ہیں اور
ہر قسم کے عضلی طبقہ سے مبرّا ہوتے ہیں۔ یہ دیکھا جا سکتا ہے کہ جنینی عروق، یعنی دو شریانیں اور
ایک ورید، امنیان (انفس) کے نیچے، اور امبلائکل کارڈ (حبل السّری) سے باہر کو، پھیلتی، 26
اور جداگانہ شاخیں دیتی ہیں، اور پلیسنٹا (مشیمہ) کے کنارہ تک پہنچنے سے قبل کوریانک (سلوی)



تصویر ۱۹۔ بیٹل ڈور پلیسنٹا (مشیمہ طبطابیہ)۔

تنوں میں گم ہو جاتی ہیں۔
پلیسنٹا (مشیمہ) کے محیط کے گرد کم و بیش مکمل طور پر گزرتا ہوا، ایک پتلی دیوار والا وریدی
مجریٰ ہوتا ہے، جو پلیسنٹا (مشیمہ) کے سرکولر سائنس (circular sinus = مستدیر جوف)
کے نام سے موسوم ہے۔ یہ، انٹروِلس سپیس (بین الخلاتی فضا) سے خون کی مسیلیت کرنے میں

مدد دیتا ہے۔ اس سرکلوسائنس (مستدیر جوف) کا ولادت سے قبل مشقوق ہو جانا علم میں آیا ہے، جس سے شدید بلکہ مہلک مادری نزف ہو جاتا ہے۔

پلیسنٹا (مشیمہ) میں انحطاطی تغیرات۔ پلیسنٹا (مشیمہ) میں انحطاطی تغیرات، طبعی طور پر، تقریباً ۲۸ ویں ہفتہ سے لیکر وقوع پذیر ہوتے ہیں، اور وائٹ ان فارکٹز (white infarcts = سفید سدادوں) اور ڈیسیڈوا بیزیلس (غشاء ساقط قاعدی) کے خلیات کی فائبرینی (fibrinous) تبدیلی کی صورت اختیار کرتے ہیں۔ 27

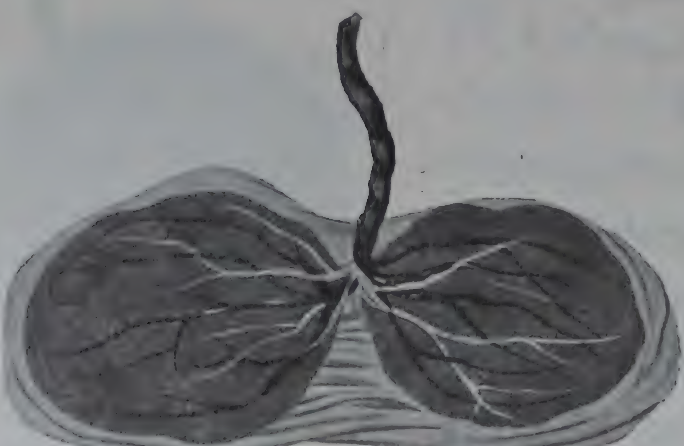
یہ سفید ان فارکٹز (سدادے) بالعموم پلیسنٹا (مشیمہ) کے حاشیہ کے گرد، اور کاٹی لیڈنوں (فلقات) کی سطح پر دیکھے جاتے ہیں۔ البتہ مرض کی حالت میں وہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے جرم میں، بڑے بڑے سرد چیزی (cheesy = پنیردار) تودوں کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ درحقیقت ان کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جو ولائی (خملات) جنین سے آنے والی دموی رسد سے محروم ہو جاتے ہیں، ان پر مادری خون سے فائبرین کی تہیں بیٹھ جاتی ہیں۔ اور ولائی (خملات) کے دموی رسد سے محروم ہونے کا سبب یہ ہوتا ہے کہ ولائی (خملات) کے جنینی عروق، آبلٹریٹوا اینڈ آرٹرائٹس (obliterative and arterists = انسدادی التہاب در شریانہ) کے عمل سے بتدریج مسدود ہو جاتے ہیں۔

اس عمل کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ولائی (خملات) کے سروں کا تغذیہ زایل ہو جاتا ہے، اور ان کی سنسٹیائی (syncytial = کنلتی) پوشش کو نقصان پہنچتا ہے۔ مادری خون، صرف ان ولائی (خملات) کے ساتھ متماس رہ کر ہی سیال رہ سکتا ہے جو نقصان نارسیدہ ہوں۔ لہذا جب ولائی (خملات)، عملی طور پر مردہ بافتیں بنجاتی ہیں، تو ان پر فائبرن (fibrin) تہ نشین ہو جاتی ہے، جو تہ بہ تہ جمتی، اور بتدریج بڑھتی ہوئی ٹھوس تودہ بن جاتی ہے، اور ولائی (خملات) کو باہم پیوست کر دیتی اور ان فارکٹ (infarct = سداد) بنا دیتی ہے۔

ولائی (خملات) کے ساتھ جو ڈیسیڈوا بیزیلس (غشاء ساقط قاعدی) متماس ہوتا ہے، وہ بتدریج اپنی خلوی ساخت کھو دیتا ہے۔ اس میں خلوی خاکے محو ہو جاتے ہیں اور ان کا نخزمایہ مل کر ایک ہو جاتا ہے، اور وہ ایک بیساخت کی زجاجی یا فائبرینی (fibrinous) تہ بنجاتا ہے۔ طبعی طور پر جو علیحدگی واقع ہوتی ہے، وہ اسی منحط شدہ تہ کے ساتھ ساتھ واقع ہوتی ہے۔ 28

بیان کیا جاتا ہے کہ اس تغیر کے ساتھ ساتھ ان دموی مجریات میں جو مادری بلڈ سپیس (دموی فضا) کو رسد پہنچاتے ہیں، کسیقدر تھرامبوزز (علقیت) ہوتا ہے، جس سے ولائی (خملات) کے گرد وپیش کا مادری دوران خون ایک حد تک رک جاتا ہے۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کے اقسام - پلیسنٹا (مشیمہ) کی اس معمولی مستدیر قرص نما شکل کے علاوہ جس میں امبلائکل کارڈ (حبل السری) کا مقام ادخال مرکزی ہوتا ہے،



تصویر ۲۰ - بائی پارٹائٹ پلیسنٹا (مشیمہ دوجزوی)۔

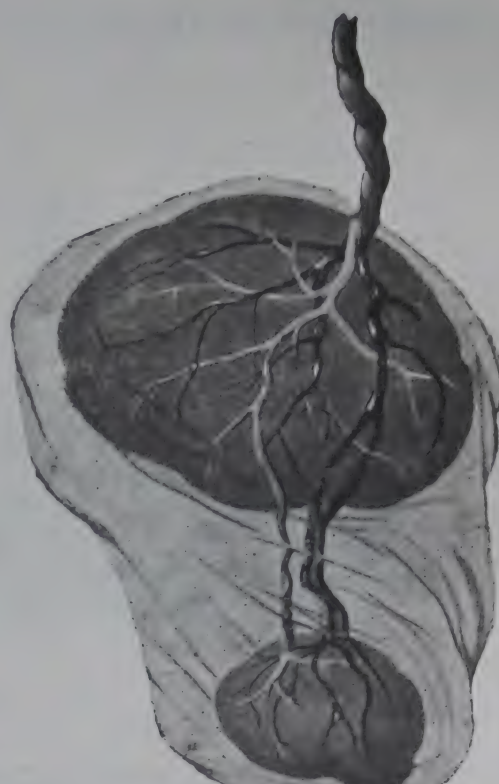
بلحاظ پلیسنٹا (مشیمہ) کی شکل کے اور بلحاظ کارڈ (حبل) کے مقام ادخال کے، اختلافات بھی واقع ہو سکتے ہیں۔

ممکن ہے کارڈ (حبل) مرکز سے باہر واقع ہو، یا پلیسنٹا (مشیمہ) کے حاشیہ کیساتھ چسپاں ہو۔ آخر الذکر صورت میں بیٹل ڈور پلیسنٹا (battle door placenta = مشیمہ طبطابیہ) کا لفظ استعمال کیا جاتا ہے (تصویر ۱۹)۔

ایک اور قسم میں کارڈ (حبل)، اغشیہ کے ساتھ، پلیسنٹا (مشیمہ) سے کچھ فاصلہ

چپکی ہوتی ہے، اور عروق، اس چپکاؤ سے شعاعوں کی مانند پھیلتے ہوئے پلیسنٹا (مشیمہ) کے حاشیہ میں داخل ہوجاتے ہیں۔ یہ **پلیسنٹا ویلمنٹوسا** (placenta velamentosa = مشیمہ قناعیہ) کہلاتا ہے۔ یہ بچہ کے لئے اسطرح وجہ خطرہ بن سکتا ہے کہ اگر عروق، کوریان (سلی) کے تنطریقی حصہ کے آرپار گزرتے ہوں، تو اغشیہ کے مشقوق ہونے پر وہ بھی پھٹ جاتے ہیں۔ ایسی صورت میں اگر بچہ کی سرعت کیساتھ ولادت نہ کرائی جائے تو غالباً خون بہ کر بچہ کی موت واقع ہوجائے گی۔

ممکن ہے پلیسنٹا (مشیمہ) واحد قرص ہونے کی بجائے لخنہ دار ہو، چنانچہ یہ کبھی **بائی پارٹائٹ** (bipartite = دوجزوی) (تصویر ۲۰) اور کبھی **ٹرائی پارٹائٹ** (tripartite = سہ جزوی) ہوتا ہے۔ بعض اوقات پلیسنٹا (مشیمہ) سے کچھ فاصلہ پر ایک چھوٹا سا ضمیمی لخنہ نمویاب پایا جاتا ہے، یا ممکن ہے کہ ایک سے زیادہ ایسے ضمیمی لخنے پائے جائیں، یہ **پلیسنٹا سکسنٹوریٹا** (placenta succenturiata = مشیمہ اضافی) کے نام سے موسوم ہے (تصویر ۲۱)۔ ایسی صورت میں ضمیمی لخنہ کے عروق دموی، کوریان (سلی) میں سے گزر کر بڑے پلیسنٹا (مشیمہ) کے حاشیہ میں داخل ہوجاتے ہیں۔ یہ سکسنٹوریٹ پلیسنٹے (اضافی مشیمے) سریری اہمیت رکھتے ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ دوران اخراج میں وہ اغشیہ سے ٹوٹ جائیں، اور رحم میں چپکے ہوئے یا آزاد حالت میں



29

تصویر ۲۱۔ پلیسنٹا سکسنٹوریٹا (مشیمہ اضافی) جس میں کوریان (سلی) میں عروق دموی دکھائے گئے ہیں، جو کہ اصل پلیسنٹا (مشیمہ) کے حاشیہ سے نکل کر معین جزو میں جا رہے ہیں۔

پیچھے رہ جائیں۔ اس قسم کا حادثہ اسطرح شناخت ہوتا ہے کہ کوریان (سلی) میں، جو سالم امنیان (انفس) سے ڈھکا ہوتا ہے، ایک رخنہ دیکھا جاتا ہے، اور عروق پلیسنٹا (مشیمہ) سے نکل کر کوریان (سلی) میں ہوتے ہوئے اس رخنہ کی طرف جاتے معلوم ہوتے ہیں۔ امنیان (انفس) اس لئے سالم رہتا ہے کہ یہ سخت ہونے کے باعث، ضمیمی پلیسنٹا (مشیمہ) کی سطح سے الگ ہوجاتا ہے (دیکھو صفحہ 175)۔

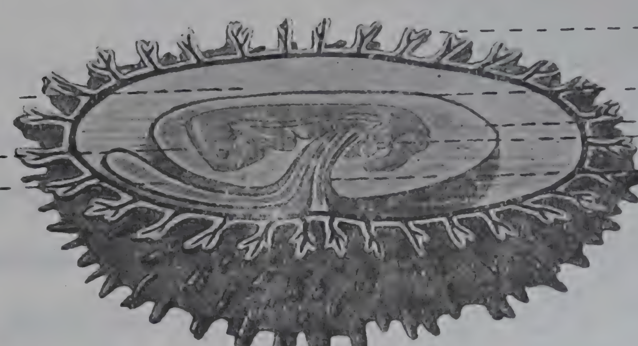
امنیان (amnion = انفس)

امنیان (انفس) کا اولین ظہور اسطرح ہوتا ہے کہ ایکٹوڈرم (برجلد) اور ونٹرل سٹاک (بطنی ڈنڈی) سے گھری ہوئی ایک کھوکھلی فضا پائی جاتی ہے۔ اس میں کم و بیش مکعب خلیات کا استر ہوا ہوتا ہے۔ یہ خلیات جلد ہی، اس حصہ میں کہ جس سے آخر میں امبریانک پلیٹ (embryonic plate = جنینی تختی) اور جنین بنتا ہے، زیادہ عمودی ہوجاتے ہیں۔ امنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) پہلے پہل کم و بیش کرہ نما ہوتی ہے، لیکن جلد ہی چپٹی ہوکر جنین پر بیٹھ جاتی ہے اور جنین کے ساتھ مضبوطی سے لگ جاتی ہے (دیکھو تصویر ۹، صفحہ 13)۔ جب سر اور دم نمودار ہوتے ہیں اور جسمی دیواریں دوہری ہوکر جنینی سیلوم (coelom = کول) کے گرد احاطہ کرلیتی ہیں، تو ان کے حاشیوں سے چپکا ہوا امنیان (انفس) بھی ان کے ساتھ ساتھ دوہرا ہوتا ہے۔ چنانچہ جنین اوپر کو اٹھ جاتا اور امنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) میں ابھر جاتا ہے۔ جب جنین کا جسمی کہفہ مکمل طور پر بند ہوجاتا ہے، تو امنیان (انفس)، اس مقام کے گرد جہاں سے ونٹرل سٹاک (بطنی ڈنڈی) نکلتا ہے، ہر جگہ چسپاں ہوتا ہے، جیسا کہ تصویر ۲۲ میں بتایا گیا ہے۔

اس زمانہ میں جنین مقابلۃً بہت چھوٹا ہوتا ہے، اور اس کا امنیان (انفس) مضبوطی
30 سے اس کے ساتھ لگا ہوتا ہے، اور بلاسٹوسسٹ (تہوضی دویرہ) کا کہفہ مقابلۃً بہت بڑا ہوتا ہے۔ اس کے بعد ایک بہت بڑا تغیر واقع ہونا شروع ہوتا ہے۔ امنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) جنین کے لحاظ سے بہت زیادہ بڑی ہوجاتی ہے، اور سیال سے متمدد ہوجاتی ہے۔ اسکی یہ کلانی بتدریج بلاسٹوسسٹ (تہوضی دویرہ) کے کہفہ (یعنی اکسٹرا امبریانک سیلوم extra-embryonic

(ccelom = خارج المضغی کول) میں تداخل کرتی اور اس کو محو کردیتی ہے۔ ونٹرل سٹاک (بطنی ڈنڈی) کی اطالیت ہوجاتی ہے، اور جنین امنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) کے زیادہ اندر آجاتا ہے۔ گویا امنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) کے بڑھنے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ امنیان (انفس) باہر کو اطالت پذیر ڈنڈی کے ساتھ لپٹتا جاتا ہے اور ڈنڈی کا چست لباس بنجاتا ہے، اور ونٹرل سٹاک (بطنی ڈنڈی) امبلائکل کارڈ (حبل السری) بنجاتا ہے۔

یوک سیک (زردی تھیلے) کا بقیہ حصہ، اس اثنا میں اپنے مشمولات کے انجذاب کے باعث جو ہمیشہ قلیل المقدار ہوتے ہیں، بتدریج سکڑتا جاتا ہے، اور امنیاٹک (انفسی) غبارہ



تصویر ۲۲۔ ایک ابتدائی مضغہ اور اس کی پوششوں کی تراش (خاکہ نما)

اور امبلائکل کارڈ (حبل السری) کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ بلاسٹوسسٹ (نہوضی دویرہ) کے کہفہ کے بتدریج اور مکمل امحاء کے بعد، امنیان (انفس)، کوریان (سلی) کے ساتھ متماس ہوجاتا ہے اور اس کے ساتھ ڈھیلا جڑجاتا ہے، اور ایک کا میزوڈرم (میان جلد) دوسرے کے میزوڈرم (میان جلد) سے جڑجاتا ہے۔

امنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) کے بڑھاؤ کی وجہ یہ ہے کہ اس کے ایکٹوڈرمک (برجلدی) استر سے ایک سیال کا افراز ہوتا ہے۔ یہ سیال پہلے پہل ایک مخصوص افراز ہوتا ہے لیکن بعد میں جب گردے اپنا فعل کرنا شروع کردیتے ہیں تو ان کی وجہ سے اس سیال میں اضافہ ہوجاتا ہے۔

امنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) کے بڑھاؤ سے جسطرح امبلائکل کارڈ (حبل السری) کا مکمل التباس عمل میں آتا ہے، اسیطرح امنیان (انفس) پلیسنٹا (مشیمہ) کی جنینی سطح سے بھی قریبی طور پر متماس ہو جاتا ہے، لہذا یہ سطح مکمل طور پر امنیان (انفس) سے ڈھک جاتی ہے۔ امنیان (انفس) اور پلیسنٹا (مشیمہ) ڈھیلے طور پر جڑتے ہیں، اور ایک پورے وقت کے پلیسنٹا (مشیمہ) میں ان کو کارڈ (حبل) کے مقام ادخال تک جدا کیا جا سکتا ہے۔

امنیان (انفس) کا استر، پست عمودی قسم کے کسیقدر چھوٹے اور موٹے سرحلی خلیات کی واحدہ تہ کا بنا ہوتا ہے۔ ان خلیات کی کوئی بہت باقاعدہ صف نہیں ہوتی، بلکہ کہیں کہیں کوئی خلیہ اپنے ساتھیوں سے آگے نکلا ہوا ہوتا ہے۔ ان خلیات کی نواتیں، اندرونی چپکے ہوئے کنارہ سے اتنی نزدیک نہیں ہوتیں کہ جتنی بیرونی کنارہ کے قریب ہوتی ہیں۔ سرحلمہ ایک ڈھیلی

31 توصیلی بافت کی تہ کے ساتھ چسپاں ہوتا ہے جو اصل میزوڈرم (میان جلد) کی قائم مقام ہوتی ہے۔ چونکہ یہ توصیلی بافت امنیاٹک (انفسی) غشاء کے بیرونی جانب ہوتی ہے، لہذا یہ اس مماثل توصیلی بافت سے جو کوریان لیوی (chorion laeve = سلی الملس) کے اندر کی طرف ہوتی ہے، قریبی طور پر لگی ہوتی ہے۔ یہ دونوں صرف چپکے ہی ہوتے ہیں اور عضوی طور پر متحد نہیں ہوتے، لہذا ان کو حمل کے تمام زمانوں میں ایک دوسرے سے بآسانی جدا کیا جا سکتا ہے۔

امنیان (انفس) کا وہ حصہ جو امبلائکل کارڈ (حبل السری) کو ڈھانکتا ہے، کارڈ (حبل) کی توصیلی بافت کے ساتھ نہایت قریبی طور پر متحد ہوتا ہے، اور اس کو بآسانی اکھاڑا نہیں جا سکتا۔

امنیاٹک فلوئڈ (amniotic fluid = رہل)۔ امنیاٹک فلوئڈ (رہل) بالعموم خفیف سا گدلا ہوتا ہے، اس کی وجہ ٹھوس ذرات کی آمیزش ہے جو کہ جنینی جلد اور امنیاٹک (انفسی) سرحلمہ سے ماخوذ ہوتے ہیں۔ اگر امنیاٹک فلوئڈ (رہل) میں کچھ میکونیم (meconium = عقی) داخل ہو گیا ہو، (جس کے یہ معنی نہیں کہ جنین مردہ ہے) تو یہ بھی ممکن ہے کہ رہل سبز رنگ سے ملوّن ہو۔

پورے وقت پر امنیاٹک فلوئڈ (رہل) کے اجزاء ترکیبی خاصے یکساں ہوتے ہیں۔ رہل کی کثافت نوعی تقریباً ۱۰۱۰ ہوتی ہے، بعض اوقات ۱۰۰۴ کی حد تک کم ہو جاتی ہے،

اور ابتدائی مہینوں میں ۱۰۲۵ کی حد تک بڑھ جاتی ہے۔ اس کے اندر غیر نامیاتی لمحات، علی الخصوص قلوی کلورائڈ (chloride)، فاسفیٹ (phosphates)، سلفیٹ (sulphates) اور البیومن (albumin) پائے جاتے ہیں۔

یوریا (urea) پانچویں ہفتہ سے لیکر ترقی پذیر مقداروں میں پورے وقت تک موجود رہتا ہے۔ اس سیال میں ٹھوس مادہ بھی موجود ہوتا ہے، جو لینوگو (lanugo = زغب) (یہ جنین کی جلد کے بال ہوتے ہیں)، اور ایکٹوڈرمک (برآدمی) خلیات، اور جھڑے ہوئے سرحلمہ، اور ورنکس کیزیوسا (vernix caseosa = دمام جنینی) سے مرکب ہوتا ہے۔

پورے وقت پر امنیاٹک فلوئڈ (رہل) کی مقدار اختلاف پذیر ہوتی ہے، ۱۰ اور ۲۰ اونس کے درمیان ہر مقدار، طبعی تصور کی جاتی ہے۔ جنین کی جسامت کے لحاظ سے اس سیال کی مقدار حمل کے ابتدائی مہینوں میں بہت زیادہ ہوتی ہے اور اسوقت اس میں جنین آزادانہ تیرتا ہے۔ اس سیال کی اعظم مقدار تقریباً ۲۸ ویں سے لیکر ۳۲ ویں ہفتہ تک پائی جاتی ہے۔ کہا جاتا ہے کہ اس کے بعد اس کا کچھ حصہ جذب ہو جاتا ہے۔ لازماً یہ عملی طور پر ناقابل ثبوت ہے اور یہ بھی ممکن ہے کہ یہ بالکل مغالطہ ہی ہو، کیونکہ اگر جنین کی جسامت بڑھتی جائے اور امنیاٹک فلوئڈ (رہل) کی مقدار اتنی ہی رہے، تو امنیاٹک فلوئڈ جنین اور امنیان (انفس) کے درمیان آکر پھیل جاتا اور کم نمایاں ہو جاتا ہے۔

لائکر امنیائی (liquor amnii = رہل) کا منبع کیا ہے، یہ امر ابھی تک متنازعہ فیہ ہے۔ لیکن اس کے متعلق بعض معلوم حقائق اس امر کی طرف اشارہ کرتے ہیں کہ امنیاٹک رہل میں مادری اور جنینی دونوں خونوں کا جزو ہوتا ہے۔ خود امنیان (انفس) میں دموی عروق بالکل نہیں ہوتے، البتہ اس کے براہ راست نیچے، اس جگہ جہاں یہ پلیسنٹا (مشیمہ) کو ڈھانکتا ہے، دموی عروق موجود ہوتے ہیں۔ تاہم یہ امر یقینی معلوم ہوتا ہے کہ امنیان (انفس) کی توصیلی باقت، سیالات سے تر رہتی ہے، اور اغلب معلوم ہوتا ہے کہ امنیاٹک (انفسی) سرحلمہ ایک افراز کن سطح کا کام دیتا ہوگا۔ اسی طرح یہ امر بھی یقینی ہے کہ مادری خون کے اجزاء امنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) کے اندر چلے جا سکتے ہیں، کیونکہ اگر ماں کے دوران خون میں کسی حل پذیر لونی مادہ (سوڈیم سلف انڈیگوٹیٹ؛ sodium sulphindigotate) 32

کا اشراب کیا جائے تو یہ لائکر امنیائی (رہل) میں چلا جاتا ہے گو کہ جنین کے پیشاب میں ظاہر نہیں ہوتا۔
علاوہ بریں یہ بھی ایک مشہور امر ہے کہ مادری گردوں کا مرض جس میں استسقاء موجود ہو، ہائڈر امنیاس (hydramnios = کثرت رہل) پیدا کرسکتا ہے، اور نیز اس سے جنین کا استسقاء بھی پیدا ہوسکتا ہے۔ یہ کوئی میکانی حالتیں نہیں ہیں، جو رکو دالدم یا وریدی امتلاء سے پیدا ہوئی ہوں۔ بلکہ زیادہ اغلب یہ ہے کہ کیسی سمی مادہ کے دوران سے (مادری اور جنینی) عروقی دیواروں کو نقصان پہنچنے کا نتیجہ ہیں۔ جنین کی موت عاجل کی بعض صورتوں میں اغیاتک سیک (انفسی تھیلے) میں اتنا لائکر امنیائی (liquor amnii = رہل) موجود ہوتا ہے کہ جو طبعی مقدار کے مقابلہ میں بہت زیادہ ہوتا ہے، اور جنین بوجہ میسریشن (maceration = تعطین) یا ڈس انٹگریشن (disintegration = تکسیر) کے غائب ہوگیا ہوتا ہے۔ ایسی مثالوں میں سیال، محض مادری عروق سے عبرارتشاح کا نتیجہ ہوتا ہے۔
یوریا (urea) کی مقدار میں بتدریج اضافہ ہوتے ہوتے پورے وقت پر اعظم مقدار ہوجانا دلیل مانا گیا ہے اس امر کی کہ جنین رحم کے اندر پیشاب کرتا ہے۔ رہل میں جنینی پیشاب کے لونی مادہ کا تقریباً مکمل طور پر مفقود ہونا تعجب انگیز نہیں ہے، بشرطیکہ یہ یاد رکھا جائے کہ بچہ ولادت کے بعد جو پیشاب کرتا ہے وہ بھی پھیکی رنگت کا ہوتا ہے۔ مزید براں لائکر امنیائی (رہل) میں جو ملحات پائے جاتے ہیں، وہ ان ملحات سے جو جنینی پیشاب میں عام طور پر پائے جاتے ہیں، بہت ہی مماثل ہوتے ہیں۔

لائکر امنیائی (liquor amnii = رہل) کے فوائد۔

اولاً یہ کہ لائکر امنیائی (رہل)، جنین کو ایک ایسا محافظ واسطہ بہم پہنچاتا ہے، جو اسے صدمات اور ہچکولوں سے بچاتا ہے، رحمی انقباضات کے پیدا کردہ دباؤ سے اسے مصئون رکھتا ہے، اور کم از کم ابتدائی مہینوں میں آزادانہ حرکت کے لئے بہت سی جگہ دیتا ہے۔ لائکر امنیائی (رہل) جنینی بافتوں کے لئے منبع سیال بھی ہے، کیونکہ اس میں کوئی شک نہیں کہ کچھ سیال نگلا جاتا ہے۔ اس کا ثبوت اس امر سے ملتا ہے کہ جنین کے میکونیم (meconium = عقی) میں لینوگو (lanugo = زغب) اور سرحلمی چھلکے ملتے ہیں۔ سوائے ان معنوں کے کہ یہ ایک ذخیرہ آب ہے، اس کو جنین کے لئے ذخیرہ تغذیہ تصور نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ اس میں البیومن (albumin) اور ملحات کی مقدار

بہت ہی کم ہوتی ہے۔ دوران وضع حمل میں لائکرامنیائی (رطل) ایک سیال فانہ بنانے میں مدد دیتا ہے، جو رحمی انقباضات کے زیر اثر انٹرنل آس یوٹرائی internal os uteri= اندرونی فم رحم) کو اور قنال آف دی سروکس canal of the cervix = عنق کی قنال) کو بتدریج کھولدیتا ہے۔ جب وضع حمل کے پہلے درجہ کے اختتام پر اغشیہ شق ہوتے ہیں، تو لائکرامنیائی (رطل) برتھ قنال (ولادتی قنال) کو اوپر سے نیچے کی جانب ایک ایسے سیال سے دھو ڈالتا ہے، جو کم از کم عدیم العفونت ضرور ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 169)۔

امبلائکل کارڈ (umbilical cord= حبل السری)

امبلائکل کارڈ (حبل السّری) یعنی فیونس (funis = رسن)، جنین اور پلیسنٹا (مشیمہ)
کے درمیان تعلق بناتی ہے۔ جیسا کہ بتایا جا چکا ہے، یہ ونٹرل سٹاک (بطنی ڈنڈی) سے ماخوذ 33
ہوتی ہے، اور اس کو ایکٹوڈرم (برادمہ) کی ایک نہایت ہی چست پوشش حاصل ہوتی ہے۔
کارڈ (حبل) کا طول بالعموم ۲۰ انچہ ہوتا ہے، لیکن یہ بہت ہی اختلاف پذیر ہوتا ہے۔
ممکن ہے کارڈ (حبل) ۵ یا ۶ فٹ کی حد تک لمبی ہو، یا ۳ انچہ کی حد تک چھوٹی ہو۔ بالعموم
اس کی موٹائی چھنگلی کی موٹائی کے برابر ہوتی ہے لیکن یکساں نہیں ہوتی۔ بالعموم اس میں
گرہیں اور ورم نظر آتے ہیں، جو بعض اوقات امبلائکل وین (umbilical vein = سری ورید
کے اتساع کا نتیجہ ہوتے ہیں، لیکن زیادہ کثرت سے اس امر کا نتیجہ ہوتے ہیں کہ وہارٹنز جیلی
(Wharton's jelly = وارٹن کا فالودہ) محض مقامی طور پر زیادہ ہوتی ہے۔ ابتدائی
ترین مرحلہ پر کارڈ (حبل) سیدھی اور کسیقدر چپٹی ہوتی ہے، لیکن بعد ازاں (یعنی تیسرے
مہینے جیسے ابتدائی زمانہ میں) یہ ایک مرغولہ دار مروڑ پیش کرتی ہے۔ یہ مروڑ ہمیشہ حقیقی نہیں
ہوتا، بلکہ محض نظری التباس کا نتیجہ ہوتا ہے اور مشمول عروق دموی میں مروڑ پڑ جانے سے
پیدا ہوتا ہے۔ اس مروڑ کے سبب کی توضیح نہیں ہوئی۔ متذکرۂ بالا گرہیں کہ جنکو بعض اوقات
کاذب گرہیں کہا جاتا ہے، ان کے سوا حبل میں عام طور پر ایک دو صادق گرہیں بھی پائی جاتی
ہیں۔ یہ صادق گرہیں اس امر کا نتیجہ ہوتی ہیں کہ جنین کارڈ (حبل) کے کسی چنبر میں سے

گذر جاتا ہے۔ جب کوئی صادق گرہ ایک طویل مدت تک موجود رہی ہو تو گرہ کے مقام پر وہارٹنز جیلی (Wharton's jelly=وہارٹن کا فالودہ) دب جاتی ہے، اور مدبول ہو جاتی ہے۔ اگر کوئی اس قسم کی گرہ کھینچ کر نہایت ہی مضبوط ہو جائے، تو ممکن ہے اس کے دوران خونیں رکاوٹ واقع ہو جائے اور بچہ مرجائے۔ کارڈ (حبل) بسا اوقات بچہ کی گردن یا جسم کے گرد لپٹی ہوئی ہوتی ہے، لیکن اس سے کوئی شدید دقت شاذ و نادر ہی پیش آتی ہے۔

امبلائکل کارڈ (حبل السری) کے اجزاء حسب ذیل ہوتے ہیں:۔

۱۔ پوشش کا سرحلمہ، امنیان (انفس) کی طرح ایک واحد تہ ہے۔

۲۔ وہارٹنز جیلی (Wharton's jelly=وہارٹن کا فالودہ)۔ یہ ایک مخاطی سلعی (myxomatous) توصیلی بافت ہے، جو الحالت پذیر منشعب زائدات والے خلیات سے، اور ایک سریشی سیال سے مرکب ہوتی ہے۔ یہ جنینی توصیلی بافت کی ایک مخصوص شکل ہو۔

۳۔ عروق دموی۔ یہ اول اول چار ہوتے ہیں، دو شریانیں اور دو وریدیں۔ دونوں امبلائکل (سری) وریدیں تیسرے مہینے کے بعد متحد ہو کر واحد عروق بنجاتی ہیں۔ اور دونوں امبلائکل (سری) شریانیں (یعنی ہائپوگیسٹرک hypogastric= خثلی شریانیں)، جنین کی الئیک (liac = حرقفی) شریانوں سے ماخوذ ہوتی ہیں، اور جنین سے پلیسنٹا (مشیمہ) کی جانب خون لیجاتی ہیں۔ امبلائکل (سری) ورید، پلیسنٹا (مشیمہ) سے جنین کی جانب خون لیجاتی ہے۔

۴۔ سری کیسہ اور اسکی وٹیلائن ڈکٹ (vitteline duct= زردینی قناۃ)۔ یہ یوک سیک (زردی تھیلے) کے سکڑے ہوئے باقیات ہیں، جو پلیسنٹا (مشیمہ) اور کارڈ (حبل) کے باہمی چپکاؤ کے پاس، ایک نہایت ہی چھوٹے سے زرد جسم کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔

۵۔ النٹائس (allantois= کُلمیہ)۔ یہ بعض اوقات ایک بند سرے والی انبوب کی صورت میں پایا جاتا ہے، جو کارڈ (حبل) کے اندر بس ذرا ہی جاتی ہے، لیکن ہمیشہ حبل کے اندر تک نہیں پہنچتی۔ یہ جنین کے اندر یوریکس (urachus = مرلیطا) اور مثانہ سے متسلسل ہوتی ہے۔

34

باب سوّم

جنین کی بالیدگی اور عمومی نمو

جنین کا طول بیان کرتے وقت یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ ابتدائی ہفتوں میں، بالعموم ناپ ورٹکس (vertex = قمہ) سے لیکر کاکسکس (coccyx = عصعص) تک لئے جاتے ہیں، اور پانچویں مہینے کے آخر سے لیکر، ٹانگوں کے طول کا بھی لحاظ کیا جاتا ہے۔ نہایت ہی ابتدائی یعنی چھٹویں ہفتے تک، جنینوں میں ایک مزید دقت اس وجہ سے پیدا ہوتی ہے کہ سر آگے کو خمیدہ ہوتا ہے۔ اس مرحلہ پر جنین کا سب سے بڑا طول گردن کی پشت سے لیکر بریچ (breech = سفل) تک لیا جاتا ہے۔ ان طریقوں سے ناپنے پر جنین کا طول، چار ہفتے کے اختتام پر ایک سنٹی میٹر سے کم ہوتا ہے، اور ہنز (His) کے ۲۷ ۔ ۳۰ یوم کے جنین کے مطابق، ۵ء۷ ملی میٹر ہوتا ہے۔

۱۲ ہفتہ کے بعد، یہ ناپ ۷ سنٹی میٹر یعنی ۲ ۴/۵ انچ ہوتا ہے۔

۱۶ ہفتہ کے بعد، طول ۵ء۱۲ سنٹی میٹر یعنی ۵ انچ ہوتا ہے۔

۲۰ ہفتہ کے بعد، ورٹکس (قمہ) سے لیکر ایڑی تک کل طول ۲۵ سنٹی میٹر یعنی ۱۰ انچ ہوتا ہے۔

۲۴ ہفتہ کے بعد، یہ ۳۰ سنٹی میٹر یعنی ۱۲ انچ ہوتا ہے۔

۲۸ ہفتہ کے بعد، یہ ۳۵ سنٹی میٹر یعنی ۱۴ انچ ہوتا ہے۔
۳۲ ہفتہ کے بعد، یہ ۴۰ سنٹی میٹر یعنی ۱۶ انچ ہوتا ہے۔
۳۶ ہفتہ کے بعد، یہ ۴۵ سنٹی میٹر یعنی ۱۸ انچ ہوتا ہے۔
۴۰ ہفتہ کے بعد، یہ ۵۰ سنٹی میٹر یعنی ۲۰ انچ ہوتا ہے۔

اس سے یہ معلوم ہو جائیگا کہ بالیدگی کے سب سے زیادہ اضافی بڑھاؤ کا زمانہ آٹھویں ہفتہ سے لیکر بیسویں ہفتہ تک ہوتا ہے۔ اس میں اس تناقض کا بھی لحاظ رکھا گیا ہے، جو کہ بیسویں ہفتہ کے بعد، ورٹکس (قمہ) سے لیکر بریچ (سفل) تک کے طول کی بجائے، ورٹکس (قمہ) سے لیکر ایڑیوں تک کا طول ناپنے سے پیدا ہوتا ہے۔ بیسویں ہفتہ کے بعد سے لیکر، جنین ہر چہار ہفتہ میں تقریباً ۵ سنٹی میٹر یعنی ۲ انچ کے حساب سے بڑھتا ہے۔ چار چار ہفتہ کی مختلف مدتوں میں جنین کے طول کا حساب کرنے کا ایک آسان گر وہ ہے جو کہ ہاس (Haase) کا ہے۔ یہ اسطرح برتا جاتا ہے کہ پانچویں قمری مہینے کے اختتام تک، مہینے کے عدد کا مربع لے لیا جاتا ہے، مثلاً سولہ ہفتے یعنی چوتھے قمری مہینے کے بعد یہ طول ۴ × ۴ سنٹی میٹر = ۱۶ سنٹی میٹر ہونا چاہیئے۔ یہ عدد ورٹکس بریچ (vertex-breech = قمی سفلی) ناپ کے لئے اصل سے ذرا زائد ہے، لیکن ورٹکس ہیل (vertex-heel = قمی عقبی) ناپ کے لئے قریب قریب صحیح ہے۔ 35
پانچویں قمری مہینے کے بعد سے، مہینے کے عدد کو ۵ سے ضرب دینا پڑتا ہے، مثلاً ساتویں مہینے یعنے ۲۸ ہفتے کے بعد، جنین کا ناپ ورٹکس (قمہ) سے لیکر ایڑیوں تک ۳۵ سنٹی میٹر ہونا چاہیئے۔

بارور شدہ اووم (بیضہ) میں ماہ بماہ جو دیگر صفات پائی جاتی ہیں ان کا لحاظ کرنا بھی ضروری ہے، کیونکہ یہ نمو کا درجہ معلوم کرنے میں کام آتی ہیں۔ چار ہفتے کے بعد کوریانک سیک (سلوی تھیلا) بہت ہی بڑی ہوتی ہے، جنین پر امنیان (انفس) کا لباس قریبی طور پر چڑھا ہوتا ہے، اور امنیان (انفس)، اور کوریان (سلی) کے درمیان ایک بہت بڑا کھفہ یعنی ایکسٹرا ایمبریانک سیلوم (extra-embryonic cœlom = خارج المضغی کول) ہوتا ہے۔ یہ ۵ — ۷ ملی میٹر کا جنین نمایاں طور پر دُہرا ہوتا ہے، اور سر اور دم جو کہ خوب نمایاں ہوتی ہے، تقریباً ایک دوسرے سے مس کرتے ہیں۔ یوک سیک (زردی تھیلا)، ہنوز وینٹرل سٹاک (بطنی ڈنڈی) کے نہایت ہی قریب موجود ہوتی ہے۔ اولفیکٹری پٹز (olfactory pits = شمی گڑھے)،

آپٹک ویسیکلز (optic vesicles = بصری کیسک) ، اور آڈیٹری ویسیکلز (auditory vesicles = سمعی کیسک) سب تشکل ہوتے ہیں اور چار برینکیل کلفٹز (branchial clefts = غیشومی درزیں) اور ان کے گرد مینڈیبولر (mandibular = چانوی) ، ہائڈ (hyoid = لامی) ، اور تین برینکیل (branchial = غیشومی) ڈنڈے دکھائی دیتے ہیں۔ گردن کی پشت سے لیکر دم تک ، دونوں طرف مستطیل یا مربع تودوں کی صورت میں پینتیس کے پینتیس میزوڈرمک سومائٹز (mesodermic somites = میان جلد چھلے) صاف صاف نظر آتے ہیں۔ سر کے بعد قلب اور جگر جنین کی سب سے زیادہ جسامت بناتے ہیں۔ ولفین رجز (Woolffian ridges = ولفی حیود) نمو یاب ہو رہے ہوتے ہیں ، اور جوارح ، چھوٹی چھوٹی ابھری ہوئی کلیوں کی صورت میں موجود ہوتے ہیں۔

آٹھ ہفتے کے بعد جنین میں واضح طور پر انسانی صفات پائی جاتی ہیں ، گو کہ ۷ ہفتے تک جنین کی صفات وہی رہتی ہیں جو کہ اسی مرحلہ پر کسی دوسرے پستانیائی جنین کی ہوتی ہیں۔ ۳ سنٹی میٹر کا جنین اب ایک بہت ہی بڑی امنیاٹک کیویٹی (انفسی کہف) میں پڑا ہے ، امنیان (انفس) کوریان (سلی) کے ساتھ ملا ہوا ہوتا ہے ، اور اکسٹرا ایمبریانک سیلوم (خارج المضغی کول) محو ہو گیا ہے۔ وینٹرل سٹاک (بطنی ڈنڈی) اور یوک سیک (زردی تھیلے) کی ڈنڈی مل کر امبلائکل کارڈ (حبل السری) بن گئے ہیں ، جو کہ امنیان (انفس) سے ملبوس ہے ، اور ابتدائی چھوٹی آنت ، حبل کے قریبی متسع سرے کے اندر موجود ہے۔ بڑی انسانی صفت یہ ہے کہ وجہی شکل مکمل ہو گئی ہے ، یعنی اولفیکٹری پٹز (شمی گڑھوں) کے گرد کے حصص متحد ہو کر ناک بن گئے ہیں ، اور ناک منہ سے جدا ہو گئی ہے۔ یہ صفت آٹھویں ہفتے کے آخر تک مکمل ہو جاتی ہے اسوقت کان بھی بیرونی طور پر بنا ہوتا ہے اور آئی بالز (eyeballs = مقلات العین) کے گرد آنکھوں کے پپوٹے نمودار ہو چکے ہوتے ہیں۔ احشائی درزیں اب بند ہو چکی ہیں۔ جوارح بڑھ رہے ہیں ، اور ان کا منظر مفصل دار دکھائی دیتا ہے ، اور ہاتھوں اور پیروں کی انگلیاں بنی ہوئی ہیں۔ اگلا جارحہ ، نمو کی وسعت کے لحاظ سے پچھلے جارحہ سے ہمیشہ مقدم رہتا ہے۔ دُم قریب قریب غائب ہو چکی ہے۔ دھڑ کی خمیدگی معتدبہ طور پر گھٹ چکی ہے ، سر اٹھا ہوا ہے اور جنین کا بالائی سرا ورٹکس (قمہ) سے بنا ہوتا ہے ، نہ کہ گردن کی پشت سے۔

۱۲ ہفتے کے بعد ڈیسیڈوا کیپسولیرس (غشاء ساقط کیسوی) ، ڈسیڈوا ویرا

(غشاء ساقط حقیقی) سے متحد ہو چکا ہوتا ہے، اور پلیسنٹا (مشیمہ) اپنی مکمل قرصی صورت اختیار کئے ہوئے ہے۔ انیان (انفس)، کوریانک سیک (سلوی تھیلی) کو تمام تر بھر دیتا ہے۔ امبلائکل کارڈ (حبل السری) میں جو کہ ہنوز چھوٹی اور موٹی ہوتی ہے، ایک مرغولہ دار مروڑ عیاں ہوتا ہے۔ اور ابتدائی چھوٹی آنت مکمل طور پر جسمانی کہفہ میں واپس ہو گئی ہے۔ ہاتھوں اور پیروں کی انگلیوں کے ناخن نمودار ہو چکے ہیں۔ اور صنفیں، جہاں تک کہ بیرونی اعضاء کا تعلق ہے، متفرق ہو چکی ہیں۔ جنین کا طول ۷ سنٹی میٹر ہے، اور اس کا وزن تقریباً ۴ اونس ہے۔

سولھویں ہفتے کے بعد ۵ ء ۱۲ سنٹی میٹر کے جنین کا وزن ۷ ۔ ۸ اونس ہوتا ہے۔ جسم اور سر پر چھوٹے چھوٹے روئیں جو کہ لینوگو (lanugo = زغب) کے نام سے موسوم ہیں، ظاہر ہو چکے ہیں۔ یہ رنگ سے مبرا ہوتے ہیں۔ جلد کی رنگت سرخی مائل پیازی ہوتی ہے، اور عضلات کی نمو یابی کی وجہ سے جنین کی شکل فربہ ہو جاتی ہے۔ اینل قنال (anal canal = مبرزی قنال) نفوذ پذیر ہوتی ہے۔

بیسویں ہفتے کے بعد ۲۵ سنٹی میٹر کے جنین کا وزن تقریباً ایک پونڈ ہوتا ہے۔ اس کے بال زیادہ لانبے ہو جاتے ہیں۔ آنت میں خفیف طور پر صفراوی رنگت کا سیال ہوتا ہے، جو کہ میکونیم (meconium = عقی) کا پیش خیمہ ہے۔ ورنکس کیزیوسا (vernix caseosa = دمام جبنی) بننا شروع ہو گیا ہے۔ یہ ایک چکنا مادہ ہوتا ہے جو ذہنی غدد کے افراز اور مردہ ایپی ڈرمک (epidermic = برادمی) خلیات پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کا فعل یہ ہے کہ جنین کی جلد کو رل سے تعطین ہونے سے روکتا ہے۔ اب بازوؤں سے ٹانگیں زیادہ لانبی ہوتی جاتی ہیں۔ امبلائکل کارڈ (حبل السری) کا چپکاؤ، پیوبس pubes = عانہ) سے دور ہوتا جاتا ہے، اور کارڈ (حبل) شکم کے مرکز کے زیادہ قریب چپکی ہوتی ہے۔

چوبیسویں ہفتے کے بعد ۳۰ سنٹی میٹر کے جنین کا وزن تقریباً ۲ پونڈ ہوتا ہے۔ ورنکس کیزیوسا (vernix caseosa = دمام جبنی) واضح طور پر پیدا ہو چکا ہے، اور بعض حصص پر اس سے غلاف بن رہا ہے۔ جلد جھری دار ہوتی ہے، بھویں اور پلکیں نمودار ہو چکی ہیں۔

اور چاندلی کے بالوں میں لون بننا اور بالوں کا سیاہ ہونا شروع ہو گیا ہے۔

اٹھائیسویں ہفتے کے بعد ۳۵ سنٹی میٹر کے جنین کا وزن تین پونڈ ہوتا ہے۔ زیر جلدی شحم زیادہ نمو یاب ہو رہی ہے، اور جلد کی جھریاں غائب ہونا شروع ہو گئی ہیں اُربی قنالوں میں خصیے ظاہر ہوتے ہیں، اور آنکھوں کے پپوٹے کھل جاتے ہیں۔ اس زمانہ میں جنین قابل حیات بیان کیا جاتا ہے، لیکن اس قسم کی قبل از میعاد ولادت کے بعد زندہ رہنے والے بچوں کی تعداد بہت تھوڑی ہے۔

بتیسویں ہفتے کے بعد ۴۰ سنٹی میٹر کے جنین کا وزن ۴ پونڈ سے اوپر ہوتا ہے۔ یہ پورے طور پر ورنکس کیزیوسا (vernix caseosa = دمام جبنی) سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے، جو خاص طور پر چاندلی پر، اور بغلوں اور جنگاسوں میں موٹا ہوتا ہے۔ ہاتھوں کے ناخن قریب قریب انگلیوں کی نوکوں تک پہنچتے ہیں، چاندلی کے بالوں کی لمبائی بڑھ جاتی ہے، اور لینوگو (lanugo = زغب) غائب ہونا شروع ہو جاتا ہے۔ جلد کی سرخ رنگت جسم کی معمولی رنگت سے بدل جاتی ہے۔ اس زمانہ میں جو بچہ تولد ہو اس کی بقاء حیات کے خاصے امکانات ہوتے ہیں، بشرطیکہ انتہائی طور پر عمدہ حالات موجود ہوں۔

چھتیسویں ہفتے کے بعد ۴۵ سنٹی میٹر کے جنین کا وزن ۵ پونڈ سے اوپر ہوتا
ہے۔ جلدی اور شعری تغیرات اسیطرح جاری ہوتے ہیں جسطرح کہ بتیسویں ہفتے میں جاری 37
ہوتے ہیں۔ چھتیسویں ہفتے سے ذرا ہی قبل ایک ٹسٹیکل (testicle = خصیہ) اسکروٹم (scrotum = صفن) میں اتر چکا ہوتا ہے۔ ہاتھوں کے ناخن انگلیوں کی نوکوں تک جا پہنچتے ہیں، لیکن پیروں کے ناخن نہیں پہنچتے۔ اکثر بچے جو اس زمانہ میں تولد ہوتے ہیں، زندہ رہتے ہیں۔

چالیسویں ہفتے کے بعد جنین کا اوسط ناپ ۵۰ سنٹی میٹر ۲۰ انچ ہوتا ہے، اور اس کا وزن ۶ - ۸ پونڈ ہوتا ہے۔ اس امر کی امارات کہ جنین پوری مدت کا ہو گیا ہے،

ہمیشہ واضح نہیں ہوتیں، لیکن ناپ اور وزن کو نہایت ہی اہم خیال کرنا چاہیئے۔ اس کے علاوہ ہاتھوں کے ناخن بالعموم انگلیوں کی نوکوں سے آگے نکلے ہوتے ہیں، اور پیروں کے ناخن انگلیوں تک پہنچتے ہوتے ہیں۔ جلد ایسی سرخ نہیں ہوتی جیسی کہ ایک قبل از میعاد بچہ میں ہوتی ہے۔ ساری کی ساری آنت میں میکونیم (meconium = عفی) پایا جاتا ہے۔ ناف عملی طور پر جسم کے مرکز پر ہوتی ہے۔ دونوں ٹسٹیز (testes = خصیے) سکروٹم (scrotum = صفن) میں اتر چکے ہوتے ہیں۔ بالعموم صرف ایک ہی ایپی فیزز (epiphysis = بربالہ) متعظم ہونا شروع ہوا ہے یعنی وہ جو کہ فیمر (femur = فخذیہ) کے زیرین سرے میں ہوتا ہے۔ لیکن یہ پوری مدت سے ذرا ہی پہلے ظاہر ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ معیاد پر ٹبیا (tibia = قصبیہ) اور ہیومرس (humerus = ذراعیہ) کے بالائی ایپی فیزز (بربالوں) کے مراکز تعظم ظاہر ہو چکے ہوں۔

ایک کامل المیعاد بچہ کا وزن بالعموم ۶ - ۸ پونڈ ہوتا ہے، لیکن یہ اکثر اس مقدار سے متجاوز ہو جاتا ہے یا اس تک بھی نہیں پہنچتا۔ ۱۰ پونڈ وزن کے بچے شاذ نہیں ہیں، لیکن ۱۰ پونڈ سے زیادہ وزنی بچے قطعی طور پر شاذ ہیں۔ اگر ایک حقیقی طور پر کامل المیعاد بچہ کا وزن ۵ پونڈ سے نیچے ہو تو غالباً یہ بد تغذیہ اور کمزور ہوگا، اور اس کی بقاء حیات کا امکان بھی کم ہوگا۔ سب سے زیادہ وزنی بچے تب پیدا ہوتے ہیں جب ماں کی عمر ۲۵ اور ۳۵ سال کے درمیان ہو۔ بچہ کا وزن متوالی حمول میں بڑھ جاتا ہے، بشرطیکہ ماں کی عمر ۳۵ سال سے نیچے ہو۔ نہایت ہی نو عمر ماؤں کے ہاں بالعموم چھوٹے بچے ہوتے ہیں۔ اوسط لیا جائے تو اناث کی بہ نسبت، ذکور زیادہ وزنی ہوتے ہیں۔

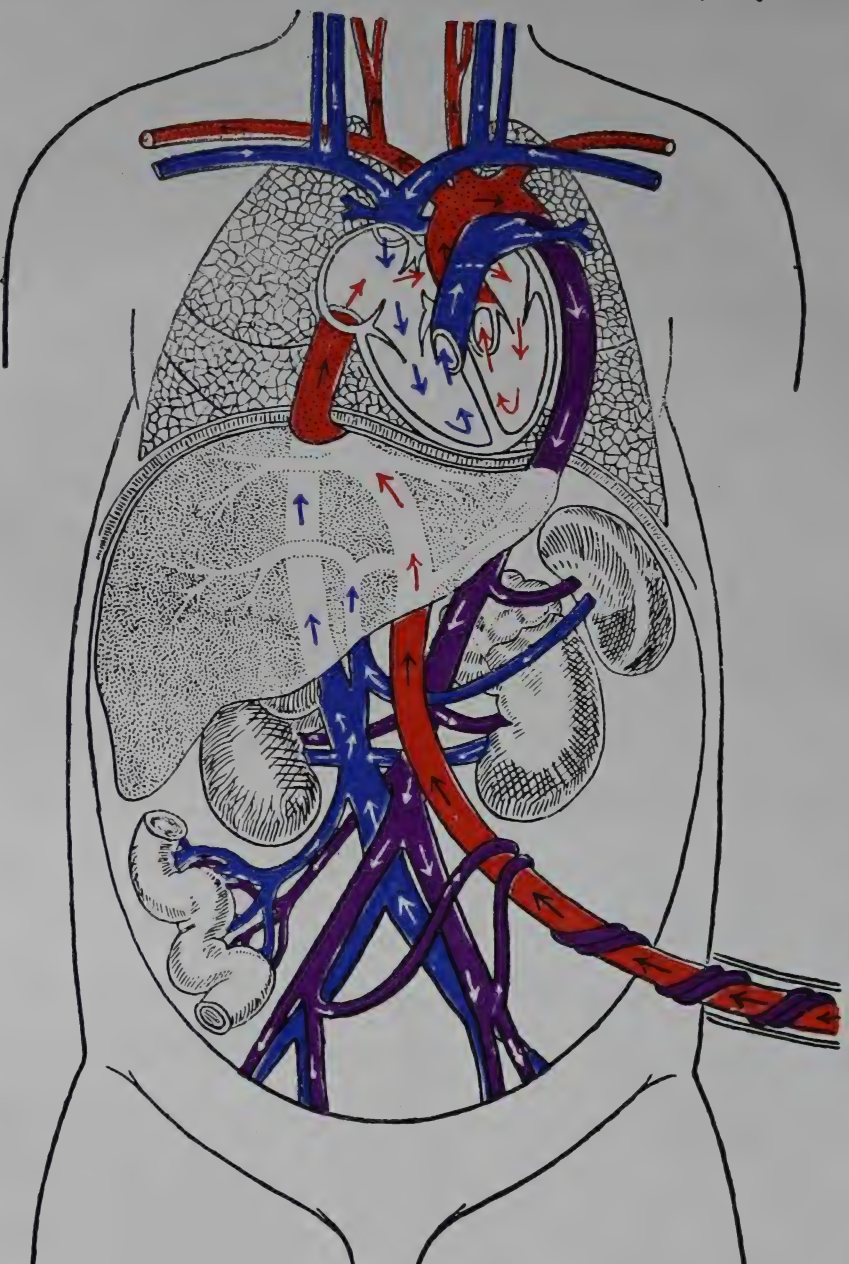
جنینی دوران خون۔ امبلائکل وین (ورید سری)، پلیسنٹا (مشیمہ) سے جنین کی طرف صاف خون لیجاتی ہے۔ یہ جسم میں ناف کے مقام پر داخل ہوتی ہے، اور دو شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہے۔ ان میں سے ایک تو پورٹل وین (portal vein = بابی ورید) کے ساتھ ملکر جگر کو رسد پہنچاتی ہے اور دوسری جو کہ ڈکٹس وینوسس (ductus venosus = قناۃ وریدیہ) کے نام سے موسوم ہے، سیدھی انفیریر وینا کیوا (inferior vena cava = تحتانی ورید اجوف) میں داخل ہو جاتی ہے۔ انفیریر وینا کیوا (تحتانی ورید اجوف)، جگر سے

اور زیرین جوارح سے، اور ڈایافرام (diaphargm = حجاب حاجز) کے نیچے کی جسمی دیوار سے بھی خون وصول کرتی ہے۔ چونکہ جوارح اور جسمی دیوار کے لئے بہت کم خون ضرورت ہوتی ہے، لہذا ان سے جو مقدار ملتی ہے وہ اگرچہ وریدی ہوتی ہے، تاہم اتنی کثیر نہیں ہوتی کہ ڈکٹس وینوسس (قناۃ وریدیہ) کے خون کو کسی بہت بڑی حد تک گندہ کر سکے۔

چنانچہ صاف ترین خون یعنی وہ خون جو سب سے زیادہ آکسیجی نیٹڈ (oxygenated = 38
آکسیجن یافتہ) ہوتا ہے، دائیں اُذین کے ذریعہ انفیریر وینا کیوا (تحتانی ورید اجوف) میں داخل ہوتا ہے۔ یوسٹیکیائی والو (Eustachian valve = یوسٹیکیائی کواڑی) اس خون کی دھارا کا رخ بدل دیتا ہے، اور اسے فورامن اوویل (foramen ovale = سوراخ بیضوی) کی راہ سے، بائیں آریکل (auricle = اُذین) میں پہنچا دیتا ہے۔

بائیں آریکل (اُذین) کا خون، مائٹرل والو (mitral valve = طبلقی کواڑی) کے ذریعہ بائیں ونٹریکل (ventricle = بطین) میں چلا جاتا ہے، اور پھر ایارٹا (aorta = اورطی) میں سے ہوتا ہوا، سر، گردن اور سپائنل کارڈ (spinal chord = نخاع) میں تقسیم ہو جاتا ہے، کیونکہ دماغ اور نخاع کے لئے جو کہ سب سے پہلے اور بہت زیادہ نمو یاب ہوتے ہیں، صاف خون کی سب سے بڑی مقدار کی ضرورت ہوتی ہے۔

ان مقامات سے، خون سوپریر وینا کیوا (superior vena cava = فوقانی ورید اجوف) کے ذریعہ سے دائیں آریکل (اُذین) میں واپس ہوتا ہے۔ یہاں شاید یہ توقع پیدا ہو کہ یہ دھارا اس صاف خون کے ساتھ، جو کہ انفیریر وینا کیوا (تحتانی ورید اجوف) کے ذریعہ داخل ہوتا ہے آمیز ہو جائیگی۔ لیکن ایسا نہیں ہوتا، کیونکہ ایک مرتبہ پھر یوسٹیکیائی والو (Eustachian valve = یوسٹیکیائی کواڑی) اپنا کام کرتا ہے، اور وریدی دھارا کے رخ کو ٹرائی کسپڈ والو (tricuspid valve = مثلثی کواڑی) کے ذریعہ دائیں ونٹریکل (بطین) کی طرف کر دیتا ہے۔ یہاں سے یہ دھارا پلمنری آرٹری (pulmonary artery = ریوی شریان) میں داخل ہو جاتی ہے، اور پھر اس پلمنری آرٹری (ریوی شریان) سے ایک کشادہ مجری، ڈکٹس آرٹریوسس (ductus arteriosus = قناۃ شریانیہ) کے ذریعہ براہ راست ایارٹک آرچ (aortic arch = قوس اورطی) میں داخل ہو جاتی ہے، البتہ یہ اس مقام سے کہ جہاں سے، سر، گردن اور بالائی جوارح کے عروق نکلتے ہیں، آگے کر کے داخل ہوتی ہے۔



جنینی دوران خون

پروسس اسٹوڈیو جامعہ عثمانیہ

پھر یہ صدری اور شکمی ایارٹی (aortæ = اورطیات) میں سے گزرتی ہے، جن سے جسمی دیوار، امعاء، معدہ، جگر اور نیز زیرین جوارح کو عروقی رسد پہنچتی ہے۔ لیکن وریدی خون کا اکثر حصہ، امبلائکل (سری) ہائپوگیسٹرک (hypogastric = خثلی) شریانوں کے ذریعہ، جو کہ الیک (حرقفی) شریانوں کی شاخیں ہوتی ہیں، امبلائکل کارڈ (حبل السری) کے ساتھ ساتھ براہ راست پلیسنٹا (مشیمہ) میں چلا جاتا ہے۔ اس سے دور پورا ہو جاتا ہے (پلیٹ I)۔

معلوم ہوا کہ جنین کو آکسیجی نیٹڈ (آکسیجن یافتہ) خون، امبلائکل وین (سری ورید) کے ذریعہ وصول ہوتا ہے، اور یہ خون ہمیشہ سر میں تقسیم ہونے سے قبل، وریدی خون کی چھوٹی چھوٹی مقداروں کے ساتھ آمیز ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ آمیزش اتنی نہیں ہوتی کہ خون حقیقی طور پر وریدی ہو جائے، لہذا تغذیہ کی اغراض کے لئے یہ خون کافی آکسیجن یافتہ رہتا ہے۔ اسی طرح وہ خون جو کہ جوارح کو پہنچتا ہے حقیقتاً وریدی ہوتا ہے، لیکن بالیدگی اور تغذیہ کے اغراض کے لئے کام دے جاتا ہے۔

ولادت پر جنینی دوران خون میں کیا تغیرات ہوتے ہیں۔

سب سے پہلا اہم تغیر وہ ہے جو کہ ولادت سے فوراً بعد بچہ کی تنفسی مساعی سے عمل میں آتا ہے۔ ششوں کے منتفخ ہو جانے کی وجہ سے فی الفور یہ ضرورت پیدا ہوتی ہے کہ ان میں پلمنری (pulmonary = ریوی) شریانوں کے ذریعہ خون کی ایک بہت بڑی رسد پہنچے۔ اس ضرورت کی وجہ سے ڈکٹس آرٹریوسس (ductus arteriosus = قناۃ شریانیہ) کے راستہ سے خون کی رَوجانی بند ہو جاتی ہے، ڈکٹس وینوسس (قناۃ شریانیہ) موٹی ہو جاتی ہے، اسکا درونہ معدوم ہو جاتا ہے، اور وہ ایک لیفی حبل بنجاتی ہے۔

اب جو خون ششوں سے واپس ہوتا ہے، وہ وریدی نہیں بلکہ آکسیجی نیٹڈ (آکسیجن یافتہ) ہوتا ہے، اور بائیں آریکل (اُذین) سے داخل ہو کر بائیں ونٹریکل (بطین) میں چلا جاتا ہے، اور پھر ایارٹا (aorta = اورطی) اور اس کی شاخوں کے ذریعہ تمام جسم میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ جب مشیمی دوران خون ایکدم موقوف ہو جاتا ہے، تو امبلائکل وین (سری ورید) اور ڈکٹس وینوسس (ductus arteriosus = قناۃ وریدی) اپنی دموی رو سے محروم ہو جاتے ہیں، اور مہبوط اور خالی ہو جاتے ہیں، اور بتدریج متبدل ہو کر ایک لیفی حبل بن

مبدل ہوجاتے ہیں۔ اسی طرح امبلائکل (سرّی) [یعنی ہائپوگیسٹرگ خثلی] شریانیں بھی جلد ہی خون لیجانا موقوف کر دیتی ہیں، اور ناف کے مقام پر پلیسنٹا (مشیمہ) سے منقطع ہوجاتی ہیں۔ لہٰذا یہ بھی بند ہو کر لیفی احبال بنجاتی ہیں، اور بالغ میں محو شدہ ہائپوگیسٹرک (خثلی) شریانوں کی صورت میں بدستور شناخت کی جاسکتی ہیں۔

چونکہ جوئے خون کا قلبی ممر تبدیل ہوجاتا ہے، یعنی بجائے اسکے کہ خون فورامن اوویل (سوراخ بیضوی) کی راہ سے دائیں آریکل (اُذین) سے بائیں آریکل (اُذین) ہیں جائے یہ دونوں طرف آریکل (اُذین) سے ونٹریکل (بطین) کی طرف جانے لگتا ہے، لہٰذا فورامن اوویل (سوراخ بیضوی) بیکار ہوجاتا ہے، اور اس ہیں سے کچھ خون نہیں گذرتا۔ چنانچہ یہ رفتہ رفتہ بند ہوجاتا ہے، اور فوسا اوویلس (fossa ovalis = حفرہ بیضوی) کی کواڑی کا ہلالی کنارہ، لمبس ویوسنس (limbus vieusens = ویوسنس کے حافہ) سے ملجاتا ہے۔ یہ مسدودیت فی الفور عمل ہیں نہیں آتی، بلکہ اس کے مکمل ہونے میں کئی مہینے لگتے ہیں۔ بعض اوقات یہ سوراخ کبھی پورے طور پر مسدود نہیں ہوتا، اور اس صورت ہیں ایک قسم کا خلقی مرض قلب پیدا ہوجاتا ہے، جس کو ماربس سرولیس (morbus cœruleus = زراق نومولود) کہتے ہیں، اور اس میں مریض کی شکل و صورت نیلی یا ازرق ہوجاتی ہے۔ ہائپوگیسٹرک (خثلی) شریانیں بالعموم چوتھے دن تک، اور ڈکٹس ویوسس (قناۃ شریانیہ) ساتویں یا آٹھویں دن تک مکمل طور پر مسدود ہوجاتی ہیں۔

جنین کی موت کی تشخیص ۔ رحم کے اندر جنین کی موت، قطع نظر اس موت کے جو دورانِ وضع حمل میں ہوتی ہے، بہت عام واقعہ نہیں ہے، لیکن جب واقع ہوتی ہے تو تشخیص میں دقتیں پیدا کرتی ہے۔

بالعموم پہلے پہل مریضہ ہی اس کے امکان کی طرف توجہ دلاتی ہے، اس بنا پر کہ یا تو اس کو جنینی حرکات بالکل محسوس نہیں ہوتیں، یا محسوس ہونے کے بعد وہ موقوف ہوگئی ہوتی ہیں۔ جنینی حرکات اگر بالکل محسوس نہ ہوئی ہوں، تو اس کا یہ لازمی نتیجہ نہیں ہے کہ بچہ مردہ ہے، البتہ اگر حرکات کو صاف صاف طور پر محسوس کر چکنے کے بعد دوبارہ محسوس نہ کیا جاسکتا ہو تو یہ موت کی زبردست قرائینی شہادت ہے۔

مرا ہوا جنین بسا اوقات معتد بہ عرصہ تک رحم کے اندر محبوس رہتا ہے، لیکن یہ عام طور پر باور کیا جاتا ہے کہ اگلے ماہواری ایام میں (یعنی جب حیض ہونے کی توقع ہوتی ہے) رحمی انقباضات شروع ہو جاتے ہیں، اور جنین کم و بیش میسریٹڈ (تطعین شدہ) حالت میں خارج ہو جاتا ہے۔

استثنائی مثالوں میں ایسا ہوتا ہے کہ قلب ایک مرتبہ سنائی دیتا ہے، اور پھر اسکے بعد ماں کو نہ تو جنینی حرکات محسوس ہوتی ہیں، اور نہ جنینی قلب ہی دوبارہ معلوم ہو سکتا ہے۔ جنینی موت کی یہ نہایت ہی قوی قرائینی شہادت ہے۔ لیکن بالعموم استماع پہلے پہل اسی وقت کیا جاتا ہے جب جنین کو مردہ خیال کیا جاتا ہے۔ ایسی صورت میں بار بار امتحان کرنے پر بھی جنینی قلب نہ سن سکنا، یا جنینی حرکات نہ محسوس کر سکنا، جنین کی موت کی زبردست قرائینی شہادت ہے۔

40 جب جنین مرجاتا ہے، تو پستانوں میں قہقری تغیرات ظاہر ہوتے ہیں، اور پستانیں نرم اور پلپلی ہو جاتی ہیں، اور بڑھنا موقوف کر دیتی ہیں۔ بعض اوقات ماں کو جنین میں تلاطم انگیز حرکات معلوم ہوتی ہیں، جو اس حد تک پہنچتی ہیں کہ اس کو درد ہونے لگتا ہے، اور اس کے بعد یہ حرکات، ماں کے قول کے مطابق، موقوف ہو جاتی ہیں۔ ماں کے بیانات پر ضرورت سے زیادہ اعتماد نہیں کرنا چاہیئے، لیکن اگر جنینی حرکات، اصوات قلب کا فقدان، اور پستان کے قہقری تغیرات بھی پائے جائیں، اور ساتھ ماں کا بیان بھی موجود ہو، تو جنین کی موت تقریباً درجۂ یقین تک پہنچ جاتی ہے۔

حمل کے لئے زونڈک (Zondak) اور ایسشیم (Aschheim) کا کاشفہ جنین کی موت تشخیص کرنے میں کچھ قیمت نہیں رکھتا، اِلّا اس وقت جبکہ یہ منفی ہو۔ ممکن ہے یہ کاشفہ جنین کی موت کے بعد کئی ہفتہ تک مثبت رہے۔

اس سے زیادہ دشوار امر یہ ہے کہ جنین کی موت کو سولھویں ہفتہ سے قبل، یا اس وقت جبکہ ابھی کوئی حرکت محسوس نہ ہوئی ہو، یقینی طور پر معلوم کیا جائے۔ یہ سوال بالعموم مخطور نزف کے ضمن میں جبکہ رحمی نزف اور درد ہوتا ہے، پیش آتا ہے۔ اگر نزف واقع ہوا ہے تو یہ ضرور نہیں کہ جنین مردہ ہی ہے، خواہ نزف بڑی دیر تک کیوں نہ جاری رہا ہو۔ اگر ہلکی رطوبت بھوری اور بدبودار ہو تو اس صورت میں جنین کے مردہ ہونے کا زیادہ احتمال ہے، بہ نسبت اس صورت کے جبکہ رطوبت شوخ سرخ اور خوشبودار ہو۔

قطع نظر اس صورت کے جبکہ دوسری وجوہات کی بناء پر اسقاط حمل کا وقوع ناگزیر تصور کیا جائے اور نزف اتنا شدید ہو کہ مداخلت کو ضروری بنا دے، رحم کو اپنے حال پر چھوڑ دینا چاہئے۔ پھر کچھ دیر کے بعد یہ معلوم ہو جائے گا کہ آیا رحم مسلسل بڑا ہو رہا ہے۔ [جو کہ جنین کے زندہ ہونے کا ایک یقینی ثبوت ہے بشرطیکہ ہائیڈ ٹیڈیفارم مول hydatidiform mole= کیسہ نما جنین کاذب) موجود نہ ہو]، اور یہ کہ آیا پستانین مسلسل نمو یاب ہو رہی ہیں۔

لیکن اگر رحم کا بڑھنا یا اسکی کثافت کا بدلنا موقوف ہو جائے، چنانچہ اکثر رحم بہت ہی سخت ہو جاتا ہے [مثل اس صورت کے کہ جس میں کوئی کارنیئس مول (carneous mole = لحمی وحمہ) ہوتا ہے]، اور اگر پستانیں بڑھنا موقوف کر دیں، اور شاید اگر مارننگ سِکنس (morning sickness = صبح کی متلی) بند ہو جائے، تو یہ نتیجہ نکالنے میں کوئی حرج نہیں کہ جنین مردہ ہے، اور مداخلت جائز ہے۔

اگر کوئی مشکوک اصابت ہو لیکن ماں کسی نزف کے سبب سے خطرہ میں نہ ہو، تو سب سے زیادہ سلامتی بخش طریقہ یہ ہو گا کہ انتظار کر کے معلوم کیا جائے کہ آیا حمل کی ترقی پذیر امارات موجود ہیں یا نہیں۔

41

باب چہارم

فعلیاتی تغیرات جو کہ حمل کی وجہ سے واقع ہوتے ہیں

رحم ۔ چونکہ مضغہ اور اس کے پلیسنٹا (مشیمہ) کی جسامت بڑھتی جاتی ہے، لہذا رحم میں تغیرات واقع ہوتے ہیں تاکہ یہ ایک ضارف عضو کی حیثیت سے متوافق ہو جائے، اور وضع حمل شروع ہونے پر اخراج جنین پر قادر ہو۔ یہ تغیرات زیادتی جسامت، عضلی طبقات کی بیش پروردگی، سروکس (cervix = عنق) کے رنگین و ملائم ہونے، اور رحم کے لوئر سیگمنٹ (lower segment = قطعۂ اسفل) کے فعلیاتی ارتخاء پر مشتمل ہوتے ہیں۔

رحم کی جسامت میں زیادتی ۔ رحم کی جسامت کی زیادتی خصوصیت کے ساتھ عضلی طبقات کی بیش بالیدگی اور عروقی تمدد کی افزونی کا نتیجہ ہوتی ہے ۔ یہ زیادتی جسامت شروع میں زیادہ تر فنڈس (fundus = قعر) اور جسم رحم کے بالائی حصہ تک محدود رہتی ہے، لہذا جسم کی شکل زیادہ گلوب نما ہوتی ہے، بمقابلہ ناشپاتی کی شکل کے جو وہ بعد میں اختیار کرتا ہے۔ تیسرے ماہ کے آخر میں رحم کا جسم تقریباً کروی ہوتا ہے

اور اس کا لوئر سیگمنٹ (قطعۂ اسفل) اور سروکس (cervix = عنق) ایک مسلسل قنال بناتے ہیں، جس کے اندر رمضغہ کا کوئی حصہ نہیں ہوتا۔ بعدہٗ لوئر سیگمنٹ (قطعۂ اسفل) بھی متسع ہوجاتا ہے، اور اووم اس میں اتر جاتا ہے، چنانچہ رحم کی شکل بتدریج زیادہ ناشپاتی نما ہوجاتی ہے جس کا چوڑا حصہ اوپر کی جانب ہوتا ہے۔

اخیر کے تین ہفتوں میں فنڈس (قعر)، اسوقت جبکہ حاملہ عورت کھڑی حالت میں ہو، کسیقدر نیچے چلاجاتا ہے، چنانچہ وہ چالیس ہفتوں میں بھی اسی لیول پر ہوتا ہے جس پر کہ چھتیس ۳۶ ہفتوں میں ہوتا ہے۔

قدرتاً یہ ناپ کسی حد تک اختیاری ہیں، اور اکثر یقین کے ساتھ ان کا اندازہ نہیں کیا جاسکتا۔ شکمی دیوار میں چربی کی مقدار ان ناپوں میں کسیقدر اختلاف پیدا کرتی ہے۔ اگر "اتنے مہینوں کا نمو" کہا جائے تو ابہام پیدا ہوتا ہے، کیونکہ یہ معلوم نہیں ہوتا کہ مہینوں سے مراد تقویمی مہینے ہیں یا قمری۔ لہٰذا نداولت میں یہ زیادہ بہتر ہے کہ "اتنے ہفتوں کا نمو" کہا جائے، کیونکہ اس سے مذکورۂ بالا ابہام رفع ہوجاتا ہے۔ ایلس میکڈانلڈ (Ellice Macdonald) نے ثابت کیا ہے کہ پانچویں مہینے کے بعد رحم کی اوپر وار بالیدگی کا اضافہ، ہر چہار ہفتے میں اوسطاً ۵ء۳ سنٹی میٹر کی رفتار سے ہوتا ہے، اور اس سے مدت حمل کے اندازہ کرنے کا ایک طریقہ اخذ کیا ہے۔ اگر رحمی فنڈس (قعر) کی بلندی، [کیلپروں (callipers = طول پیما) کے ذریعہ] سمفزز پیوبز (symphysis pubes = ارتفاق عانہ) کی چوٹی سے لیکر سنٹی میٹروں میں ناپی جائے، اور حاصل شدہ عدد کو ۵ء۳ سے تقسیم کیا جائے، تو اس سے قمری مہینوں کی تعداد کہ جن میں حمل قائم رہا ہے، حاصل ہوتی ہے۔ اسطرح سے حاصل شدہ اعداد غالباً عام طور پر قابل اطمینان ثابت نہیں ہوئے، کیونکہ جنین کی جسامت، لائکر امنیائی (liquor amnii = رہل) کی مقدار، اور شکمی عضلات کی حالت مختلف ہوتی ہے۔ بہرکیف، اگر ایسے معطیات کہ جن پر بھروسہ کیا جاسکے مثلاً آخری ایام ماہوار کی ٹھیک تاریخ بالکل میسر ہوں، تو مذکورہ بالا طریقہ مفید رہنما ثابت ہوتا ہے۔ 42

پرمیگریوڈا (primigravida = اولین حاملہ) میں جس میں شکمی عضلات سابق شکمی تناؤ سے متغیر نہیں ہوتے، فنڈس یوٹرائی (fundus uteri = قعر رحم) کی بلندی زیادہ معین و باقاعدہ ہوتی ہے۔ صاحب ولادت عورت میں بعض اوقات شکمی عضلات کے

ارتخاء سے پیٹ نمایاں طور پر معلق حالت میں ہوتا ہے، اور جنین کا سر اور رحم کا لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل)، پلویس (pelvis = حوض) میں اتنا نیچے نہیں جاتا جتنا کہ ایک پرمیگریوڈا (primegravida = اولین حاملہ) میں جاتا ہے۔

پورے دن ہونے پر حامل رحم کا **طول** ۱۲ سے لیکر ۱۴ انچ، اور قطر تقریباً ۹ انچ ہوتا ہے۔

حامل رحم کا **وزن** متغیر ہوتا ہے، لیکن تقریباً دو پونڈ ہے۔ غیر حامل رحم کا وزن تقریباً دو اونس ہوتا ہے۔

حامل رحم کی مقامیت، شاذونادر ہی ٹھیک مرکزی ہوتی ہے۔ حامل رحم عموماً کچھ درجہ کا جانبی ترچھاپن پیش کرتا ہے، اور اس کا فنڈس (fundus = قعر) ایک سمت، اور عموماً داہنی طرف جھکا ہوتا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ رحم اپنے طولانی محور پر گھوما ہوا ہوتا ہے، یعنی سامنے کی دیوار ذرا داہنی طرف رخ رکھتی ہے، اور بایاں قارنوا (cornua = قرن) بہ نسبت داہنے قارنوا (قرن) کے شکمی دیوار کے قریب تر ہوتا ہے۔ اس مقامیت کی وجہ یہ بیان کیگئی ہے کہ بائیں طرف، پیچھے، پیلوک کولون (pelvic colon = حوضی قولون) موجود ہوتا ہے۔

ڈسیڈوا (decidua = غشاء ساقط) کا نمو۔ حمل کے دوران میں رحم کے سب طبقات تبدیل ہوجاتے ہیں، لیکن سب سے پہلے اینڈومیٹریم (درون رحمہ) کی ڈسیڈوا (غشاء ساقط) میں تبدیلی ہوتی ہے، اور پھر سب سے آخر پر پیٹونیم (peritoneum = باریطون) بدلتا ہے۔ یہ بتایا جاچکا ہے کہ اینڈومیٹریم (endometrium = درون رحمہ) کی ڈسیڈول (ساقطی) تبدیلی، سب سے پہلے بیضہ کے بالکل قریب واقع ہوتی ہے، اور بعد میں کل استر مبدل ہوجاتا ہے۔ ڈسیڈوا (غشاء ساقط) میں ٹھوس اور اسفنجی تہیں نظر آتی ہیں، موخرالذکر تہہ رحمی غدد کے متسع گہرے حصوں سے بنی ہوتی ہے۔ ڈسیڈول (ساقطی) خلیات ٹھوس تہہ میں نہایت مکمل طور پر بنے ہوتے ہیں، تاہم یہ متسع غدد کے گردو سب سے گہرے حصوں میں بھی بخوبی دکھائی دیتے ہیں۔ تقریباً بارہ ہفتوں میں ڈسیڈوا ویرا (decidua vera = حقیقی غشاء ساقط) اپنی انتہائی دبازت حاصل کرلیتا ہے، اور ایک تہائی انچ دبیز ہوتا ہے۔ اس کے بعد جوں جوں جنین بڑھتا ہے، ڈسیڈوا (غشاء ساقط) بتدریج پتلا ہوتا جاتا

ہے۔ ڈسیڈوا ویرا (حقیقی غشاء ساقط) اور ڈسیڈوا کیپسولیرس (کیسوی غشائے ساقط) باہم چسپاں ہوجاتے ہیں، اور پورے دنوں میں سارا ڈسیڈوا (غشاء ساقط) ایک بہت پتلی تہہ بنجاتا ہے جو کوریان (سلی) سے چپکی رہتی ہے۔ ڈسیڈوا (غشاء ساقط) جب دیوار رحم سے علیحدہ ہوتا ہے، تو یہ علیحدگی اسفنجی حصہ کے ساتھ ساتھ واقع ہوتی ہے۔ اینڈومیٹریم (درون رحمہ) کا دوبارہ نمو موخر الذکر سے ہی واقع ہوتا ہے۔

رحمی عضلات کی بیش بالیدگی 43

رحمی عضلات کی بیش بالیدگی۔ جنین کی بالیدگی کے قدم بقدم عضلی طبقات بھی دبازت میں بڑھتے ہیں، مگر اس کے باوجود میعاد پر دیوار رحم کی کل دبازت اتنی بڑی نہیں ہوتی جتنی کہ ایک غیر حامل عضو کی ہوتی ہے۔ عام طور پر رحمی دیوار کی اوسط دبازت پورے دن ہونے پر نصف انچ سے کم ہوتی ہے، بلکہ رحم کے قطعہ اسفل میں یہ اس سے بھی کم ہوسکتی ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ دیوار رحم میں بالیدگی کی زیادتی کے علاوہ، خفیف درجہ کا کھنچاؤ بھی ہوتا ہے۔

رحمی دیوار کی بالیدگی تقریباً تمام تر عضلی خلیوں تک محدود رہتی ہے۔ یہ خلیے جسامت میں ایک بہت نمایاں درجہ تک بڑھتے ہیں، لیکن اس امر کے متعلق کہ وہ ٹھیک ٹھیک کس مقدار تک بڑھ جاتے ہیں، ماہرین اختلاف رائے رکھتے ہیں۔ عام طور سے عضلی خلیے لمبائی میں تقریباً دس گنا، اور چوڑائی میں تین سے پانچ گنا بڑھتے ہیں۔ یہ بھی کہا گیا ہے کہ نئے نئے عضلی خلیے بھی پیدا ہوجاتے ہیں، اور میان عضلی توصیلی بافت بھی بڑھ جاتی ہے۔

عضلی طبقات مصنوعی طور سے تین تہوں میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں، ایک بیرونی طبقہ جو خاصکر طولی سمت میں ہوتا ہے؛ ایک درمیانی طبقہ جو عروق دمویہ کا حلقہ کرنے والے گتھواں بنڈلوں پر مشتمل ہوتا ہے، اور ایک اندرونی طبقہ جو بالخصوص انبوبہ کے سوراخوں اور انٹرنل آس (internal os = اندرونی فم) کے گرد مرتب ہوتا ہے۔

بلیر بل (Blair Bell) کا خیال یہ ہے کہ مارفولاجیکلی (morphologically = شکلیاتی لحاظ سے) صرف دو تہیں ہوتی ہیں، ایک بیرونی طولی تہہ جو باریطونی عضلات سے ماخوذ ہوتی ہے، اور ایک اندرونی گول تہہ۔ اس خیال کی رو سے گتھواں بنڈل بیرونی طبقہ

سے تعلق رکھتے ہیں۔

پریٹونیل کوٹ (peritoneal coat = باریطونی طبقہ) کھنچ جاتا ہے، اور جلد کے سٹرایا گریویڈیرم (striæ gravidarum = خطوط الحمل) کے مثل اُس میں بھی ندبات نمودار ہوتے ہیں۔ رحم کی کلانی کا ساتھ دینے کے لئے وہ کسیقدر بڑھ بھی جاتا ہے۔ جسم رحم کے ساتھ پریٹونیم (peritoneum = باریطون) کے پیش پسی رشتے بحال رہتے ہیں، یعنی انٹرنل آس (اندرونی فم) کی سطح سے نیچے کا پریٹونیم (باریطون) ڈھیلا لگا ہوتا ہے، اور بآسانی علٰحدہ ہو جاتا ہے۔ لیکن جانبین پر رحم کے لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) کا تدریجی تناؤ، براڈ لیگامنٹ (broad ligament = رباط عریض) کے سب سے نچلے حصہ کی تہوں یعنی میزومیٹریم (mesometrium = میان رحمہ) کو جدا کر دیتا ہے، چنانچہ پریٹونیم (باریطون) کا لیول بلند ہو جاتا ہے، اور غیر حامل رحم کی نسبت حامل رحم کا زیادہ رقبہ پریٹونیم (باریطون) سے خالی ہوتا ہے۔

عروق دمویہ۔ جوں جوں حمل ترقی پاتا ہے، رحمی شریانیں بڑھتی ہیں، اور رحم کے بالائی جانب کو جانے والی شریانوں کا ممر، سیدھا ہو جاتا ہے۔ مگر اب بھی رحم کی دیوار سے گزرتے ہوئے وہ اپنی پیچ نما صفت کو قائم رکھتی ہیں۔ اُن کی دیواریں موٹی بلکہ کسی قدر گرھک دار ہو جاتی ہیں، اور یہ حالت وضع حمل کے بعد بھی کسی حد تک قائم رہتی ہے۔

وریدیں، بالخصوص پلیسنٹل (مشیمی) مقام کے خطہ میں، بڑھ جاتی ہیں، اور دیوار رحم کے عضلہ و نیز توصیلی بافت سے قریبی طور پر چسپیدہ ہوتی ہیں۔ بیان کیا جاتا ہے کہ یہ وریدیں باریطونی سطح کے متوازی ممر پر جاتی ہیں، اور پھر اچانک خم کھا کر عضلے کے اندر گھس جاتی ہیں۔ اُن میں کوئی کواٹریاں نہیں ہوتیں، اور اِن کا حاد جھکاؤ وضع حمل کے بعد رحمی عضلہ کے انقباض میں مدد دیتا ہے، جس سے وریدیں بند ہو جاتی ہیں اور اُن سے نزف رک جاتا ہے۔

عروق لمفی۔ وضع حمل کے بعد رحم کے انوولوشن (involution = حکش) کو ترقی دینے میں، لمفی مجریات کافی حصہ لیتے ہیں۔ دوران حمل میں اُن کو زیادہ کام کرنا ہوتا ہے، جبکہ یہ دیکھا گیا ہے کہ وہ بڑھ جاتے ہیں اور ان کی پیچیدگی میں اضافہ ہو جاتا ہے۔

اعصاب۔ اعصاب بھی جسامت میں بڑھتے ہیں اور عضلی بافت کی زیادتی کے دوش بدوش رہتے ہیں۔ بیان کیا جاتا ہے کہ سروائکل گینگلیان (cervical ganglion=

44

عنقی عقدہ)، جو وضع حمل میں ایک اہم حصہ لیتا ہے، اپنی طبعی جسامت سے دوگنا بڑھ جاتا ہے۔ رحم کی عصبی بافت زیادہ تحریک پذیر معلوم ہوتی ہے، جس سے عضلی انقباض بآسانی واقع ہو سکتا ہے۔

سروکس (عنق) کا نرم ہونا اور رنگین ہونا۔ گو کہ دورانِ حمل میں سروکس (cervix = عنقِ رحم) کسیقدر بیش پرورده ہو جاتا ہے، تاہم یہ اتنا بیش پرورده نہیں ہوتا کہ جتنا جسم رحم ہو جاتا ہے۔ یہ فرق ایک قدرتی امر ہے کیونکہ سروکس (عنق) دوران وضع حمل میں ایک مجہول حیثیت سے کام کرتا ہے۔ اُس کا طبعی عضلی نظام عموماً پیش از میعاد اتساع کو روکنے کے لئے بہت کافی ہوتا ہے۔ گر حامل رحم میں دو تبدیلیاں نہایت ہی نمایاں نظر آتی ہیں اور اس کی اہم خصوصیت ہیں، یعنی عنق کی فعلیاتی نرماہٹ، اور اس کا بنفشئی رنگ جو وہ بہت جلد اختیار کر لیتا ہے۔

سروکس (عنق) کی نرماہٹ ابتدائی ہفتوں میں شروع ہوتی ہے، لیکن وہ وقت کہ جس پر وہ قطعی طور پر شناخت کیجا سکتی ہے تغیر پذیر ہوتا ہے۔ عموماً بارہ ہفتوں کے اختتام پر اس کی نرماہٹ خوب نمایاں ہوتی ہے۔ اس نرماہٹ کا سبب کلی طور پر واضح نہیں ہے مگر اس میں شبہ نہیں کہ عروقیت کی زیادتی کا اس میں کافی حصہ ہے، اور ممکن ہے کہ لمفی اتساع، عام ساخت کو ڈھیلا اور اسفنجی بنا کر مزید حصہ لیتا ہے۔

یہ نرماہٹ، رحم کے قطعہ اسفل میں آس انٹرنم (os internum = اندرونی فم رحم) کے اوپر شروع ہوتی ہے، اور بتدریج ویجائنل پورشن (vaginal portion = مہبلی حصہ) کی جانب نیچے پھیلتی ہے۔ لوئر یُوٹرائن سیگمنٹ (lower uterine segment = رحم کے قطعہ اسفل) کی نہایت نمایاں نرماہٹ، چھٹے اور آٹھویں ہفتے کے مابین محسوس ہوتی ہے، اور یہ ہیگر (Hegar) کی علامت حمل کا ایک نہایت اہم جزو ہے (صفحہ 64)۔ حمل کے آخری ہفتوں میں سروکس (عنق) کے مہبلی حصہ کی نرماہٹ کا درجہ، ایک غیر حامل رحم کے سروکس (عنق) کے مقابلہ میں کسقدر ہوتا ہے، یہ امر ہونٹ اور ناک کی کثافت کے فرق سے ظاہر کیا جاتا ہے، گو کہ بعض اوقات سروکس (عنق) اوسط ہونٹ سے زیادہ نرم محسوس ہوتا ہے۔

سروکس (عنق) کا بنفشئی رنگ، وریدی امتلاء کا نتیجہ ہوتا ہے، اور وقت کے لحاظ سے ویجانا (مہبل) کی رنگینی کا پیش رو ہوتا ہے، جو کہ بعد میں مشاہدہ ہوتی ہے۔ 45

عروقیت کی زیادتی کا قدرتی نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سروائیکل گلینڈز (cervical glands= عنقی غدودوں) سے زیادہ افراز پیدا ہوتا ہے، چنانچہ سروائیکل قنال (عنقی قنال) میں ہمیشہ مخاط کی ایک ڈاٹ رہتی ہے۔ اس کے علاوہ طبعی مہبلی افراز میں بھی اضافہ ہوتا ہے، جس سے حمل کی حالت میں ولوا (vulva= فرج) تقریباً ہمیشہ مرطوب رہتی ہے۔

رحم کے لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) کا فعلیاتی ریلیکسیشن (relaxation= ارتخاء) جسم رحم کے اُس حصہ کے متعلق، جسے لوئر یُوٹرائن سیگمنٹ (lower uterine= segment= رحم کا قطعہ اسفل) کہتے ہیں اور جس کو بچہ گزارنے کے لئے کھنچنا اور متسع ہونا پڑتا ہے، بہت بحث کی گئی ہے۔

اگر کسی طبعی مثال میں جس میں ورٹکس پریزنٹیشن (vertex presentation= قمی تطریق) ہو، کہفہ رحم کے نچلے حصہ کا امتحان کیا جائے، تو وہ سرسری طور پر نیم کروی شکل کا پایا جائے گا، اور انٹرنل آس (داخلی فم رحم) اس کرہ کے نچلے قطر پر نظر آئیگا۔ وضع حمل کے دوران میں جنین کو راستہ دینے کے لئے، رحم کا یہ حصہ نیم کرہ سے اسطوانہ میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس سے صاف ظاہر ہے کہ لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) کا بیشتر حصہ زچگی کے دوران میں لازماً ایک مجہول فریضہ ادا کرتا ہے، اور اتساع کا کم از کم ممکنہ مقابلہ کرتا ہے۔ چنانچہ یہ پایا گیا ہے کہ لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) بہت زیادہ حد تک بیش پرورده نہیں ہوتا، اور اُس کے عضلی طبقات بہ نسبت بقیہ جسم رحم کے پتلے رہتے ہیں۔

دیوار رحم کی حقیقی مقدار جو مذکورہ بالا طریقہ پر متسع ہوتی ہے، وہ بچہ کے سر کی جسامت کے لحاظ سے قریب قریب ہر صورت میں اختلاف پذیر ہوتی ہے، کیونکہ اس کی کوئی مقدار مقرر نہیں کہ رحم کے لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) کا کسقدر رقبہ مجہول حصہ کا کام دے گا۔

عام طور پر اس امر میں اتفاق ہے کہ پورے دن کے حامل رحم میں، لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل)، رحم کا وہ حصہ ہوتا ہے، جو انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) سے تین انچ کے نیم قطر میں ہوتا ہے۔ یہ اندازاً رحم کے اُس حصہ کے متناظر ہوتا ہے جو سامنے کی پریٹونیم (باریطون) کی مضبوط چسپیدگی کے لیول سے نیچے ہوتا ہے۔

لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) کی سریری اہمیت مندرجہ ذیل حالتوں میں ہوتی ہے۔

اس صورت میں جبکہ اصابت میں کوئی رکاوٹ نہ ہو پلیسنٹا پریویا (placenta prævia=

مشیمہ متقدم)، رپچر آف یوٹرس (rupture of uterus = انشقاق رحم)، اور کانٹریکشن رنگ (contraction ring = حلقۂ انقباض) کی تکوین، یا آب اسٹرکٹڈ لیبر (obstructed labour = مسدود وضع حمل) کی صورت میں ریٹریکشن رنگ (retraction ring = حلقۂ بازکشیدگی) کی تکوین۔ دونوں حالتوں میں حلقہ کا اصلی مقام کیا ہوتا ہے، یہ امر بہت زیادہ بحث کا موضوع رہا ہے، تاہم "ریٹریکشن رنگ (حلقۂ بازکشیدگی)" کے متعلق بیان کیا جاتا ہے کہ یہ عام طور پر اپر اینڈ لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (upper and lower uterine segment = رحم کے قطعۂ اسفل و قطعۂ اعلیٰ) کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے۔

اس میں شبہ نہیں کہ رپچر آف یوٹرس (انشقاق رحم) عموماً رحم کے پتلے بنے ہوئے لوئر سیگمنٹ (قطعۂ اسفل) میں واقع ہوتا ہے، اور اگر اس پر پلیسنٹا (مشیمہ) ہو تو اینٹی پارٹم ہیمرج (antepartum hæmorrhage = قبل الولادتی نزف) ہونا ایک یقینی امر ہے۔

اختتام حمل پر اور آغاز وضع حمل سے پہلے، سروکس (cervix = عنق) اور اس کی
کنال (canal = قنال) ہنوز بدستور ہوتے ہیں۔ آغاز وضع حمل سے قبل اندرونی فم رحم 46
کسقدر کھل جاتا ہے، جیسا کہ زچگی سے پہلے مرنے والی عورتوں کی منجمد تراشوں میں عنق کے منظر سے، اور پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) کی اصابتوں میں، سریری شہادت سے بخوبی ثابت ہے۔

بعض منجمد تراشوں میں عنقی قنال کا بالائی حصہ کسیقدر قیف نما ہوتا ہے، یعنی قنال کا سب سے اوپر کا حصہ ذرا ہی کھلا ہوتا ہے۔ پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) میں نزف بعض اوقات بہت جلد یعنی چھبیسویں ہفتے میں واقع ہوتا ہے، یہ صرف اسطرح ہوسکتا ہے کہ حمل کے بے درد انقباضات سے انٹرنل آس (اندرونی فم الرحم) کے کھلنے اور تناؤ پیدا ہونے کے نتیجہ میں پلیسنٹا (مشیمہ) لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیرین قطعۂ رحم) سے جدا ہوتا ہے۔ سریری نقطۂ نظر یہ ہے کہ سپراویجائنل سروکس (supravaginal cervix = فوق المہبلی عنق) اخیر ایام حمل میں چھونے پر اکثر زیادہ چوڑا معلوم ہوتا ہے، جس سے یہ نتیجہ نکالا جاتا ہے کہ انٹرنل آس (اندرونی فم الرحم) کسیقدر کھل گیا ہے۔

پلیٹ نمبر ۲



حمل میں ویجائنا (مہبل) کی بنفشئی رنگت ظاہر کرتی ہے۔



حمل میں ایریولا (ہالیزہ) کی لونیت، مانٹگمری کے فالیکلز (جرابیں)، اور پستان کی عمومی عروقی کلانی ظاہر کرتی ہے۔ ثانوی ایریولا (ہالیزہ) ابھی شروع ہو رہا ہے۔

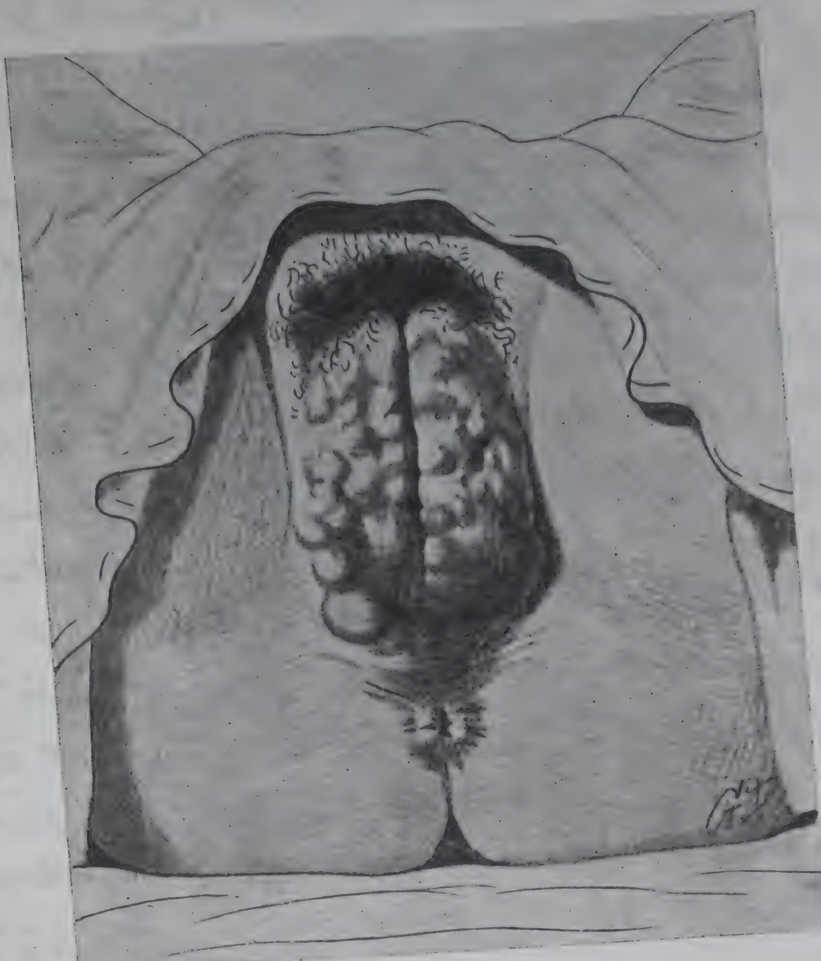
انٹرنل آس (اندرونی فم) کا کھلنا، اگر پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم) میں اس کی سریری اہمیت سے قطع نظر کیا جائے، تو یہ وضع حمل سے قبل کوئی اہمیت نہیں رکھتا، بلکہ یہ حقیقت یاد رکھنی چاہیئے کہ سروائیکل قنال (عنقی قنال) کا بیشتر حصہ بغیر مبدل باقی رہتا ہے۔

ویجائنا (مہبل)۔ سروکس (عنق) میں عروقیت کی زیادتی، جو قبل ازیں بیان کی جاچکی ہے، مہبلی دیواروں کو ذرا دیر بعد متاثر کرتی ہے۔ چنانچہ یہ دیواریں، بالکل نیچے ولوا (فرج) تک، بنفشئی رنگ ظاہر کرتی ہیں۔ یہ رنگ جو کہ وریدی امتلاء کا نتیجہ ہے، حمل کی ایک اہم علامت ہے، مگر یہ کبھی کبھی پلوک ٹیومرز (pelvic tumours = حوضی سلعات) کی صورت میں بھی دیکھا جاتا ہے، جبکہ ویجائنا (مہبل) کے حصۂ اسفل سے جاتی ہوئی وریدوں پر دباؤ پڑتا ہے۔ اس کو پہلے پورٹ وائن کلر آف جیکومیر "portwine colour" of (Jacquemier = جیکومیر کا "پوٹ وائن رنگ") کہتے تھے، گو عموماً بمقابلہ پورٹ شراب کے یہ رنگ زیادہ بنفشئی ہوتا ہے۔ اور ہونٹ اور غشاء مخاطی کے اس رنگ سے جو یہ امراض قلب و امراض پھیپھڑہ کے سائنوسس (cyanosis = زراق) میں اختیار کرتے ہیں، بہت مشابہ ہوتا ہے۔

اس عروقیت کے ساتھ ساتھ، ویجائنا (مہبل) کی بافتیں مرتخی اور ڈھیلی ہوجاتی ہیں، اور شکنوں کے طور پر لٹکی ہوتی ہیں۔ یہ تغیرات جو صاف طور پر انساع میں سہولت پیدا کرنے کے لئے ہوتے ہیں، بعض اوقات بہت دیر میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ دیکھا جاتا ہے کہ بعض صورتوں میں وضع حمل شروع ہونے پر بہت کم ارتخاء واقع ہوتا ہے۔ ویجائنل آری فس (vaginal orifice = مہبلی دہنہ) کے نزدیک، چھوٹی ویریکوس (دوالی نما) وریدیں دیکھی جاسکتی ہیں، لیکن یہ اتنی زیادہ عام یا اتنی زیادہ نمایاں نہیں ہوتیں جتنی کہ ولوا (فرج) میں ہوتی ہے (تصویر ۲۳)۔

خون سے پیدا شدہ آبی ٹرانسوڈیشن (transudation = عبرارتشاح) جو کہ حقیقی مہبلی افراز ہے، دوران حمل میں بڑھ جاتا ہے اور اس میں زیادہ متقشر مہبلی سرحلمی خلیے ہوتے ہیں۔ یہ امر نظر انداز نہ کرنا چاہیئے کہ مہبلی افراز دراصل سروکس (عنق) کے افراز، اور جسم رحم کے افراز، اور نیز ویجائنا (مہبل) کے افراز کا آمیزہ ہے۔ حمل میں سروکس (عنق) زیادہ مخاط کا افراز پیدا کرتا ہے، اور مہبلی ٹرانسوڈیشن (عبرارتشاح) زیادہ بڑھ جاتا ہے،

لیکن جسم رحم کا کہف جزئہ غشاء ساقط کے انضمام کی وجہ سے محو ہو جاتا ہے، لہذا یہ دوران حمل میں طبعی حالات کے تحت کوئی افراز پیدا نہیں کرتا۔ اسوجہ سے کل مہبلی ٹرانسوڈیشن (transudation = عبرارتشاح) بحیثیت مجموعی بڑھ جاتا ہے۔ اور چونکہ اس میں مہبلی سرحلمہ کی کثیر مقدار ملی ہوتی ہے،



تصویر ۲۳ ۔ ولوا (فرج) کی ویری کوس (دوالی نما) وریدیں۔
یہ تصویر ایک غیر معمولی طور پر شدید اصابت سے کھینچی گئی ہے۔

لہذا یہ سفید لئی سا اور نیم ٹھوس ہوتا ہے، اور طبعی مہبلی افراز سے جو کہ لئی کا خاصہ نہیں رکھتا،

نمایاں طور پر مختلف ہوتا ہے۔ ڈاڈرلین (Döderlein) کے خیال کے مطابق اس کا تعامل
عموماً ترشئی ہوتا ہے، جسکی وجہ یہ باور کی جاتی ہے کہ ویجائنل بیسلس (vaginal bacillus= مہبلی
عصیہ) کی موجودگی سے لیکٹک ایسڈ (lactic acid= لیکٹک ترشہ) پیدا ہوجاتا ہے۔
اس میں شبہ نہیں کہ حمل میں مہبلی ٹرانسوڈیشن (عبرار تشاح) نمایاں طور پر جراثیم کش
ہوتا ہے، لہٰذا یہ سمجھنا چاہیئے کہ یہ سرائیت کے خلاف ایک محافظ عامل ہے۔ یہ امر کہ آیا
محافظ واسطہ لیکٹک ایسڈ (lactic acid) کی موجودگی ہے، ابھی طے نہیں ہوا۔ مہبل کی 48
جرثومیات پر تفصیلی بحث کے لئے، دیکھو باب تینتالیسواں۔

ولوا (vulva= فرج)۔ جوں جوں حمل ترقی کرتا ہے ولوا (فرج) بھی عروقیت
کی زیادتی میں شرکت کرتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ کچھ ورم ظاہر کرتی ہے۔ یوریتھرا
(urethra= مجری البول) کے گرد کی مرطوب سطحوں پر، اور پردۂ بکارت کے باقیات پر،
اور لیبیا مائنورا (labia minora= شفرتین صغیر) کے اندرونی حصوں پر بنفشئی رنگت
موجود ہوتی ہے۔ اکثر لیبیا میجورا (labia majora= شفرتین کبیر) پر، اور بالخصوص
پری نیم (perineum= عجان) کے متصل حصوں پر، ویری کوس (varicose=
دوالی نما) وریدیں نظر آتی ہیں۔

پستان۔ پستانوں میں تغیرات ابتدائے حمل ہی سے نمایاں ہونا شروع ہوجاتے
ہیں، اور اکثر بہت جلد یعنی آٹھویں ہی ہفتہ میں شروع ہوجاتے ہیں۔ یہ قدرتاً اس امر کا
نتیجہ ہوتا ہے کہ غدی بافت کی فعالیت شروع ہونے کے باعث، پستانوں کو زیادہ خون پہنچتا
ہے۔ اولین تغیر پستانوں کا تورم ہے جو کہ خصوصاً ان کے محیط پر ظاہر ہوتا ہے۔ غدہ کے
لابیولز (lobules= لختکے) بہ آسانی محسوس ہوسکتے ہیں، اور طبعی حالت کے مقابلہ میں
سخت تر ہوتے ہیں، اس تغیر کی وجہ سے پستان گٹھیلے محسوس ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی ساتھ
غدد کچھ الیم بھی ہوجاتے ہیں، اور اُن میں عجیب قسم کے احساسات محسوس ہوتے ہیں، جو
اکثر "پریکلی" (prickly= کھٹک دار) احساسات کے طور پر بیان کئے جاتے ہیں۔ رسد خون
کی زیادتی اس امر سے ظاہر ہوتی ہے کہ جلد کے بالکل نیچے وریدوں کا ایک بہت صاف جال
پایا جاتا ہے، جو پستانوں کا بڑھاؤ شروع ہونے کے ساتھ ہی ظاہر ہوتا ہے۔ جسامت کی
زیادتی پہلے امتلاء کا، اس کے بعد غدودی بافت کی واقعی بیش بالیدگی کا، اور نیز کہا جاتا ہے

کہ پستانوں میں چربی اور ریشکی بافت کی زیادتی کا نتیجہ ہوتی ہے۔

ان تغیرات کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پستان زیادہ ابھر آتے ہیں اور کسیقدر ڈھیلے پڑ مائل ہوتے ہیں، ان کی بالائی سطح چپٹی ہو جاتی اور نیچے کی سطح زیادہ محدب ہو جاتی ہے۔

تقریباً بارھویں ہفتے میں، یہ غدد تقریباً ایک شفاف یا کسیقدر دودھیا پتھر کے جیسے سیال کا افراز پیدا کرنا شروع کرتے ہیں۔ اگر پستان کو بھٹنی کی طرف نچوڑا جائے تو بھٹنی پر قطرات کی صورت میں یہ افراز ظاہر کیا جا سکتا ہے۔ اختتام حمل کے قریب یہ سیال زیادہ افراط سے ہوتا ہے، اور قوام میں گاڑھا اور کریمی (creamy = بالائی نما) ہو جاتا ہے۔ اسوقت یہ کولاسٹرم (colostrum = لباء) کہلاتا ہے، اور پانی، چربی، البیومن، اور کولاسٹرم کارپسلز (colostrum corpuscles = لبائی جسیمات) پر مشتمل ہوتا ہے۔ موخر الذکر خلیات چربی کے بڑے قطرات پر مشتمل ہوتے ہیں، اور یہ در اصل غدی اسینائی (acini = عنبیوں) کے سرحلی خلیے ہوتے ہیں، جو چربی سے معمور ہوتے اور مسلم خارج ہوتے ہیں۔ ان میں ایک نوات ہوتی ہے، جس کو خلیے کے شحمی مشمولات، ایک جانب خارج المرکزی طور پر دھکیلے ہوئے ہوتے ہیں۔

جب دودھ کا افراز جاری ہو جاتا ہے تو کولاسٹرم کارپسلز (colostrum corpuscles= لبائی جسیمے) نہیں پائے جاتے، کیونکہ ایسی نس ایپی تھیلیم (acinus epithelium = عنبی سرحلہ) کی چربی قنات کے درونہ میں خارج ہو جاتی ہے، اور باقی ٹوٹے ہوئے خلیے رہ جاتے ہیں۔

افراز شیر کی حقیقی تسبیب کے متعلق اب یہ معلوم ہے کہ یہ ہارمونی اصل رکھتی ہے، تاہم ہنوز اس عمل کی تفاصیل پر مکمل طور پر تحقیق نہیں ہوئی۔ اس امر کی شہادت موجود ہے کہ تنہا ایسٹرن (œstrin) پستانی غدی بافت کی بیش پروردگی پیدا کرتی ہے، لیکن افراز شیر پیدا نہیں کر سکتی بلکہ حقیقت یہ ہے کہ جب افراز شیر ایک مرتبہ جاری کیا گیا ہو، تو ایسٹرن (œstrin) اس کا امتناع کر دیتی ہے۔ نیز اس عقیدہ کے لئے بھی کچھ وجہ موجود ہے کہ انٹیریر پیشوٹری گلینڈ (anterior pituitary gland = مقدمی نخامی غدہ)، ایک لیکٹیشن ہارمون (lactation harmone = رضاعتی ہارمون) کا افراز کرتا ہے۔ چنانچہ جب پستانی غدہ ایسٹرن (œstrin) کے زیر اثر بیش پرورده ہو جاتا ہے، تو اس کے بعد 49

مذکورہ ہارمون دودھ کا افراز کرتا ہے۔

جبکہ کل پستان بڑھ رہی ہوتی ہے اور فعال ہونے لگتی ہے تو نپل (nipple= بھٹنی) اور اُس کا ایریولا (areola= ہالیزہ) ایسی تبدیلیاں ظاہر کرتے ہیں جو حمل سے مخصوص ہیں۔ نپل (بھٹنی) بڑھتا ہے اور زیادہ انتصاب پذیر ہوجاتا ہے، اور اسکی عصبی اشتعال پذیری زیادہ ہوجاتی ہے۔ ایریولا (ہالیزہ) چاروں طرف کی جلد سے اونچا ہوجاتا ہے اور آگے کو ابھر آتا ہے، اور نپل (بھٹنی) کا ابھار زیادہ کرنے میں مدد دیتا ہے۔ ایریولا (ہالیزہ) ایک کم وبیش حد تک ملون بھی ہوجاتا ہے، یہ سیاہ بال والی عورتوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے، اور سب سے کم نمایاں اُن میں ہوتا ہے جن کی جلد صاف اور بال ہلکے رنگ کے ہوتے ہیں۔ جوں جوں حمل ترقی پاتا ہے پگمنٹیشن (pigmentation= لونیت) بتدریج زیادہ ہوتی ہے، لیکن اس کے رنگ کی گہرائی مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے (پلیٹ نمبر ۲)۔

ایریولا (ہالیزہ) کے تورم اور پگمنٹیشن (لونیت) سے قطع نظر، ایریولا (ہالیزہ) میں نپل (بھٹنی) کے گرد، متورم سبیشس گلینڈز (sebacious glands= دہنی غدد) کی ایک تعداد، معروف بہ مانٹگمریز فالیکلز (Montgomery's follicles= جرابہائے مانٹگمری) دیکھی جاسکتی ہے۔ یہ عام طور پر شمار میں بارہ سے بیس تک ہوتے ہیں۔ یہ سبیشس گلینڈز (دہنی غدد) حمل کے بعد اکثر مستقل طور پر بڑھے ہوئے رہتے ہیں۔ ایریولا (ہالیزہ) کا ایپی ڈرمس (epidermis= برادمہ) اپنے زیادہ درجہ کی قرنیت، خشکی و تقشر کی وجہ سے چھلکے دار چکیلی شکل کا ہوتا ہے۔

تقریباً بیسویں سے لیکر چوبیسویں ہفتہ تک میں، جلد کی پگمنٹیشن (لونیت) ایریولا (ہالیزہ) کے کنارے کے باہر تک آجاتی ہے۔ اس سے ایک دوسرا ملون حلقہ بنتا ہے جو کہ سکینڈری ایریولا (secondary areola= ہالیزہ ثانی) کہلاتا ہے۔ پگمنٹیشن (لونیت) یکساں نہیں ہوتی، بلکہ ذرا چتی دار یا شہد کے چھتے دار جیسی شکل پیش کرتی ہے۔ یہ حلقہ ہر عورت میں نظر نہیں آتا، اور بلانڈز (blondes= گوری عورتوں) کے مقابلہ میں برونٹز (brunettes= سانولی بھورے بال والی عورتوں) میں زیادہ صاف ہوتا ہے۔

پستان کی جلد کا تناؤ، بعض اوقات ویسی ہی لکیریں پیدا کرتا ہے جیسی شکم پر

دیکھی جاتی ہیں۔

کبھی کبھی پستان کے بیرون افتادہ لابیولز (لختکے)، بغلوں میں پائے جاتے ہیں۔ ان صورتوں میں غدی ساختیں جلد کے ساتھ بہت قریبی طور پر جڑی ہوتی ہیں، اور جلد اُن پر متحرک نہیں ہوتی ۔ یہ غدی ساختیں پستانی فعالیت کی ہمدردی میں بڑھتی ہیں، اور بغلی جلد میں مقابلتہً بڑے اورام پیدا کر سکتی ہیں ۔ چونکہ عموماً اُن کی کوئی قناۃ جلد پر کھلتی ہوئی نہیں ہوتی، لہٰذا اورام سے کوئی ایسا افراز ظاہر نہیں ہوتا جو مرئی ہو۔ اغلب ہے کہ رضاعت شروع ہونے پر یہ دردناک ہوجائیں مگر چونکہ کوئی ظاہراً نکاس نہیں ہوتا، لہٰذا ان کا افراز ختم ہوجاتا ہے، وہ غیر فعّال ہوجاتے ہیں، اور ورم اتر جاتا ہے۔

نموی نقطۂ نگاہ سے پستان اعلیٰ التخصیص یافتہ اور بڑھے ہوئے سبیشس گلینڈز 50
(دہنی غدد) ہیں، یعنی فی نفسہٖ جلدی ساختیں ہیں، لہٰذا پستانی غدد کی بہ نسبت ان کے باہر پڑے ہوئے لابیولز (لختکوں) کا، جلد سے زیادہ قریبی تعلق رکھنا باعث تعجب نہیں ۔ جب معین پستانی غدد موجود ہوتے ہیں (اور یہ کوئی نادر الوقوع امر نہیں ہے) تو ممکن ہے کہ بڑھ جائیں، اور ٹھیک اسیطرح سے افراز پیدا کریں جیسا کہ طبعی غدد افراز پیدا کرتے ہیں ۔ کبھی کبھی پستانی غدد کا ایک دوسرا جوڑا پایا جاتا ہے ۔ یہ دیوارِ صدر پر، نیچے کی جانب اسی انتصابی خط میں کہ جس میں طبعی غدد ہوتے ہیں، پایا جاتا ہے۔

یہ امر نظر انداز نہیں کرنا چاہئے کہ مختلف افراد میں پستانوں کا درجۂ نمو بہت مختلف ہوتا ہے، اور حمل کی وجہ سے پستانوں میں جو تغیرات ہوتے ہیں وہ بھی وسیع حدود کے درمیان اختلاف پذیر ہوتے ہیں ۔ پستانوں سے افراز کا ظہور یہ ہمیشہ ثابت نہیں کرتا کہ حمل قرار پا گیا ہے، کیونکہ بعض اوقات اُن عورتوں میں جن میں اوویرین ٹیومرز (ovarian tumours = بیضی سلعات) یا یوٹرائن فائبرائڈ (uterine fibroid = رحمی لیفیہ) یا سوڈوسائی سس (pseudocyesis = حمل کاذب) ہو، نپل (بھٹنی) سے سیال نچوڑا جا سکتا ہے۔

قلب اور دوران خون ۔ حمل میں قلب کی حالت کیا ہوتی ہے، اس کے متعلق کافی اختلاف رائے ہے ۔ عام خیال یہ ہے کہ بائیں ونٹریکل (ventricle = بطین)، کی دیواروں کی بیش پروردگی کی وجہ سے قلب بڑھ جاتا ہے۔ اس کو صحیح فرض کرنا

ایک معقول امر ہے، کیونکہ اس میں شبہ نہیں کہ حمل میں قلب کو، بڑھتے ہوئے رحم میں سے جس کی عروقی رسد بہت ہی زیادہ ہوجاتی ہے، دوران خون طبعی حالت میں جاری رکھنا پڑتا ہے اور مزید کام کرنا پڑتا ہے۔

علاوہ بریں پستانوں، جگر، اور گردوں سب میں رسد خون کی زیادتی، دوران خون کے ڈائی نیمکز (dynamics = محرکات) پر مزید بار ڈالنے کا ذریعہ ثابت ہوتی ہے۔ قلبی بیش پروردگی کو ثابت کرنا ایک مشکل امر ہے، مگر قلب کے حقیقی مصرائی مرض کی اصابتوں سے اس کے متعلق کچھ علم حاصل ہوسکتا ہے۔ ان اصابتوں میں جوں جوں حمل ترقی پاتا ہے، وہ قلب جو کہ سابق میں بخوبی کامپن سیٹڈ (compensated = تعویض یافتہ) ہوتا تھا، اس کے فیلیور (failure = فشل) کا ثبوت پایا جاتا ہے۔ قلبی مرض میں حمل ہوجانے تو دقت تنفس، کھانسی، ہیماپٹزز (hemoptysis = نفث الدم)، جگر کی کلانی، پیروں اور ٹانگوں کا ورم سب واقع ہوسکتے ہیں، خواہ سابق میں مرض بظاہر تعویض یافتہ ہو اور کوئی خاص تکلیف نہ دیتا ہو۔ یہ فرض کرنا ایک معقول امر معلوم ہوتا ہے کہ یہ عارضی انہدام قلب پر حمل سے مستزاد بار پڑنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ طبعی حالات میں قلب اس بار کی استجابت اس طرح کرتا ہے کہ بائیں ونٹریکل (ventricle = بطین) کی دیواریں بیش پرورده ہو جاتی ہیں۔

بیشتر شہادت یہ ظاہر کرتی ہے کہ دوران حمل میں دموی دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ یہ جزوی طور پر قلب کی بیش پروردگی کا نتیجہ ہوتا ہے، مگر اغلب ہے کہ اس افزائش دباؤ کی وجہ کوئی اور شئے بھی ہے جو کہ خون میں دورہ کرتی ہو۔

51 دوران حمل میں خون خود انتہائی طور پر تبدیل ہوجاتا ہے، اور یہ لیوکوسائٹز (leucocytes = خلیات الابیض) کی تعداد میں بیشی، ریڈ کارپسلز (red corpuscles = سرخ جسیموں) میں تخفیف، آبی اجزا میں زیادتی، اور فائبرینوجن (fibrinogen) میں زیادتی ظاہر کرتا ہے۔

چنانچہ دوران حمل میں انیمیا (anæmia = عدم دمویت)، ہائڈریمیا (hydræmia = آب دمویت)، اور لیوکوسائٹوسس (leucocytosis = خلیات الابیض کی کثرت) پایا جاتا ہے۔ خون کی مجموعی مقدار بڑھ جاتی ہے تاکہ بڑھتے ہوئے رحم کے لئے

ضروریات جنین کے لئے، اور پستانوں کی فعالیت کے لئے رسد بہم پہنچا سکے۔

خون کی آبی حالت، ٹخنوں اور پاؤں کے اڈیما (œdema) کی اُن اصابتوں کی جن میں کوئی مرض گردہ یا البیومن یوریا (albuminurea = البیومن بولیت) نہیں ہوتا اور جو بہت عام طور سے پائی جاتی ہیں، ایک کافی توجیہ ہے۔ اڈیما، بجائے اس کے کہ پیلوس (حوض) میں بڑے عروقوں پر کسی دباؤ اور وریدی رکود کا نتیجہ ہو، اغلباً اس امر کا نتیجہ ہوتا ہے کہ عروقی دیوار کا سوء تغذیہ آبی ٹرانسوڈیشن (transudation = عبرارتشاح) کو زیادہ کر دیتا ہے۔

دوران حمل میں اکثر اوقات پیلپیٹیشن (اختلاج قلب) کی شکایت کی جاتی ہے، جو جزاً معدی تکالیف کا نتیجہ ہوتا ہے، جزاً قلب کی بیشں پروردگی کا، اور ضربات قلب کی فی منٹ معمولی (اوسط) تعداد بڑھ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، اور جزاً آخر مہینوں میں اس امر کا نتیجہ ہوتا ہے کہ بڑھتا ہوا رحم بالائی دباؤ ڈالتا ہے جس سے صدر میں تداخل ہوتا ہے۔

حمل میں ٹانگوں اور ولوا (فرج) پر ویری کوس (دوالی نما) وریدوں کا وقوع ایک عام امر ہے، مگر یہ فعلیاتی کیفیت نہیں بلکہ ایک مرضیاتی حالت ہے۔ اس کی وجہ جزواً تو یہ ہوتی ہے کہ حوض کی بڑی وریدوں پر بڑھتے ہوئے رحم کا دباؤ پڑتا ہے، مگر جزواً یہ وجہ بھی ہوتی ہے کہ خون کے وزن سے حوضی عروق میں عقبی دباؤ پیدا ہوتا ہے۔ اگر پیدائشی طور پر ٹانگوں کی وریدوں کے والوز (valves = مصراعیں) ناقص طور پر نمو یافتہ ہوں تو یہ کیفیت اور بھی نمایاں ہوتی ہے۔ بہت ممکن ہے کہ ویری کوس (دوالی نما) وریدوں کا سبب اتنا بڑھتے ہوئے رحم کا دباؤ نہ ہو، کہ جتنا استوانۂ خون کے وزن کی زیادتی اور خراب طور پر نمو یافتہ والوز (valves = مصراعیں) اس کا سبب ہوتے ہیں۔ کیونکہ ویری کوس (دوالی نما) وریدیں اکثر اوقات اس قدر جلد ظاہر ہونا شروع ہو جاتی ہیں کہ اس وقت پیلوک وینز (pelvic veins = حوضی وریدوں) پر کوئی ضررساں دباؤ پڑنے کا یقین کرنا ایک مشکل امر ہے۔

یقیناً زمانۂ حمل میں کیلسیم میٹابولزم (calcium metabolism = کیلسیمی تحول) فعالیت کے ساتھ ہوتا ہوگا۔ مادری خون کی بہ نسبت جنینی خون میں زیادہ کیلسیم پایا جاتا

ہے، اور ضرور ہے کہ یہ کیلسیم (calcium) مادری خون سے اخذ کیا جائے۔ جب مادری خون میں وہ کیلسیم (calcium) جو کہ غذا سے ماخوذ ہو، کافی مقدار میں نہیں ہوتا، تو دانتوں اور ہڈیوں سے کیلسیم (calcium) لئے جانے کا امکان ہوتا ہے۔ آسٹیو ملیشیا (osteomalacia = لینت العظام) سے، اور اس سے کمتر حد تک ان سنی امراض سے جو کہ حمل کے دوران میں واقع ہو سکتے ہیں، یہ ثبوت ملتا ہے کہ کیلسیم ایک خطرناک حد تک کم ہو جاتا ہے۔

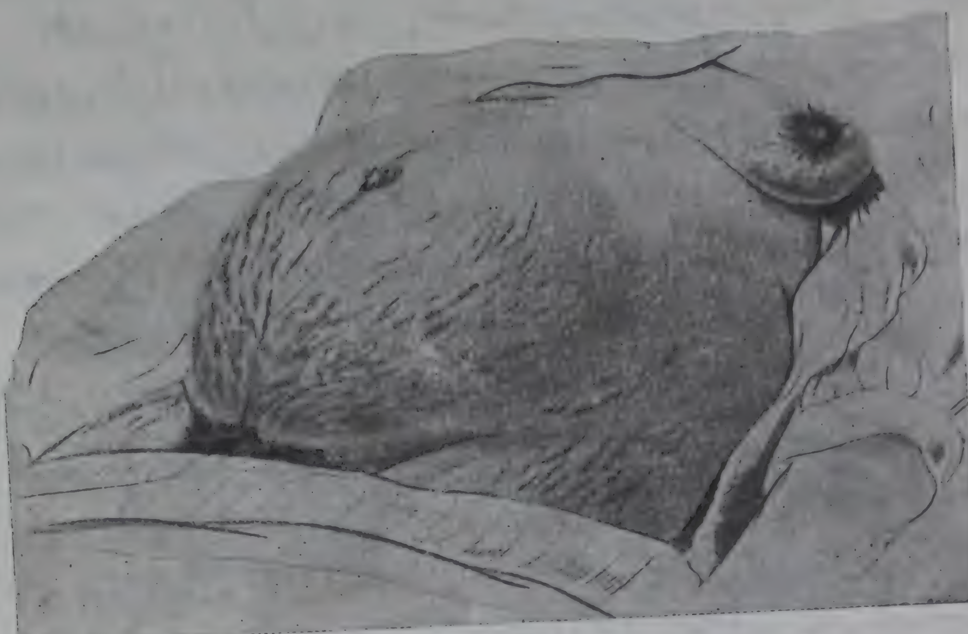
جلد۔۔ دوران حمل میں جلد میں مختلف قسم کے تغیرات نظر آتے ہیں، مثلاً جلدی 52
تناؤ کے نتیجہ میں سٹرایا گریویڈیرم (striæ gravidarum = خطوط الحمل) کی تکوین، مختلف مقامات پر پگمنٹیشن (pigmentation = لونیت)، سویٹ گلینڈز (sweat glands = غدد عرقیہ) و سبیشس گلینڈز (sebacious glands = غدد دہنیہ) کی فعالیت کا بڑھ جانا، بالوں کی بالیدگی کا زیادہ ہونا اور تحت الجلدی بافت میں چربی کا جماؤ۔

سٹرایا گریویڈیرم (striæ gravidarum = خطوط الحمل) **یا لنیا البی کینٹیز** (lineæ albecantes = خطوط الابیض)۔ یہ ادمہ میں ریشکی توصیلی بافت کے تننے اور ٹوٹنے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ یہ شعاعی یا مدور لکیروں میں واقع ہوتے ہیں، جو امبلائکس (umbilicus = ناف) کی ہم مرکز ہوتی ہیں، اور پیوبز (pubes = عانہ) و کمر تک پہنچی ہوتی ہیں، بلکہ اکثر اوقات ران اور سرینوں پر واقع ہوتی ہیں۔ ابتداً تو یہ خطوط سرخ رنگ کے ہوتے ہیں، مگر بعد میں ندبی بافت کی تکوین سے سفید رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ پہلا حمل گزر جانے کے بعد، اگر دوسرا حمل واقع ہو تو یہ خطوط ملون ہونے پر مائل ہوتے ہیں۔

دوران حمل میں سٹرایا گریویڈیرم (خطوط الحمل) قریب قریب ہمیشہ پیدا ہوتے ہیں، لیکن اگر رحم کی کلانی کی مقدار اوسط حد تک نہ ہو اور وضع حمل قبل از میعاد ہو جائے، تو ممکن ہے کہ یہ خطوط بالکل پیدا نہ ہوں۔ یہ خطوط، حمل کے علاوہ دیگر صورتوں میں بھی جن میں شکمی دیواروں کا عظیم تناؤ واقع ہوتا ہے، دیکھے جاتے ہیں جیسے کہ ایسائیٹز (ascites = استسقاء زقی) اور اویرین سسٹس (ovarian cysts = بیضی دویروں) کی صورت میں اور انتہائی آبیسٹی (obesity = فربہی) میں۔ حتیٰ کہ بسا اوقات یہ خطوط مردوں میں بھی نظر

آتے ہیں ۔ ان کی موجودگی سابقہ حمل ظاہر کرتی ہے مگر اس کی قطعی شہادت نہیں سمجھی جا سکتی (تصویر ۲۴) ۔

یہ لونیت ، نپلز (بھٹنیوں) اور ایریولی (ہالیزوں) ہیں ، پیوبز (عانہ) سے ابلائکس (ناف) تک کے خط میں [لنیا نائگرا (linea nigra = خط سیاہ] چہرہ اور 53
بالخصوص پیشانی پر ، اور ناک اور ہونٹوں کے اطراف پر پائی جاتی ہے ، اور



تصویر ۲۴ ۔ سٹرایا گریوڈیرم (خطوط الحمل) ۔ دیکھو نپل (بھٹنی) کے گرد بھی پگمنٹیشن (لونیت) پائی جاتی ہے ۔

کلوزما یوٹرائینم (chloasma uterinum = برش رحمی) کہلاتی ہے ۔ پگمنٹیشن (لونیت) کی مقدار مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے ۔ سب سے زیادہ مقدار سیاہ بال والی عورتوں میں اور سب سے کم بلانڈز (blondes = گوری عورتوں) میں ہوتی ہے ۔ سیاہ فام عورتوں میں اختتام حمل کے بعد ، شگمی پگمنٹیشن (لونیت) اور نپل (بھٹنی) کے

تغیرات بڑی حد تک باقی رہتے ہیں۔

حمل کے ابتدائی ہفتوں میں امبلائکس (ناف) اندر کو کھنچتا ہے اور چپٹا ہو جاتا ہے، اگر بعد میں امبلائکل سکاٹرکس (umbilical cicatrix = سرّی ندبہ) چپٹا اور جلدی سطح کے ساتھ ہموار ہو جاتا ہے، بلکہ ممکن ہے باہر کو بروز کر آئے۔

جسم کا وزن۔ جنین و رحم کے وزن میں زیادتی کے علاوہ، دوران حمل میں جسم کا وزن بھی بڑھ جاتا ہے۔ کولوں، رانوں، اور کمر کی زیر جلدی بافت میں، اور پستانوں کی توسیلی بافت میں چربی کا جماؤ ہوتا ہے۔ وزن جسم کا غیر معمولی طور پر بڑھنا، یعنی فی ماہ اوسط ۳ پونڈ کی بجائے ۵ پونڈ بڑھنا، بعض کی رائے میں عاجل ٹاکسیمیا (toxæmia = تسمم الدم) اور واٹر ریٹنشن (water-retention = احتباس الماء) کا نشان ہے۔

یورنری سسٹم (urinary system = بولی نظام)۔ دوران حمل میں عموماً پیشاب کی مقدار بڑھ جاتی ہے، جس کی خاص طور پر وجہ یہ ہوتی ہے کہ خون آبدموی (hydræmic) حالت میں ہوتا ہے، داب خون کی زیادتی ہوتی ہے، اور گردوں کی رسد خون زیادہ ہو جاتی ہے۔ چونکہ ماں کو جنین اور اپنے، دونوں کے لئے اخراج کرنا پڑتا ہے، لہذا یہ فرض کرنا سراسر قرین عقل ہے کہ خارج شدہ پیشاب کی مقدار میں زیادتی ہوگی۔

پیشاب کی مقدار میں زیادتی کے علاوہ، حمل کے ابتدائی اور اخیر ہفتوں میں عموماً فریکونسی آف مکچریشن (frequency of micturition = تواتر تبول) کی شکایت ہوتی ہے۔ اس کی توجیہ عموماً میکانی اسباب سے کی جاتی ہے، اور وہ یہ ہے کہ ابتدائی ہفتوں میں بڑھتا ہوا رحم مثانہ پر پڑا ہوتا ہے اور اس کا دباؤ اخیر یا بعد کے ہفتوں میں بہت زیادہ ہو جاتا ہے۔ لیکن غالباً دباؤ ہی تنہا سبب نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ پیشاب کسی غیر معمولی جز کی وجہ سے جیسے کہ بیش ترشی، یوریٹس (urates) فاسفیٹس (phosphates) کی زیادتی سے خراش آور ہو جائے۔ اس رائے کو جس امر سے کچھ تائید حاصل ہوتی ہے وہ یہ ہے کہ قلیات (alkalies) کی بڑی خوراکوں کا دوائً استعمال کرنا عموماً پیشاب کے تواتر کو روکیگا یا اس کا سدباب کریگا۔

بول کے ٹھوس اجزاء مقدار اور خاصیت ہر دو لحاظ سے تبدیل ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بعض تغیرات فعلیاتی تصور کیئے جائیں۔ مگر اکثر اوقات یہ حد فاصل قائم کرنا کہ کہاں فعلیاتی حالت ختم اور مرضیاتی حالت شروع ہوتی ہے، مشکل ہوتا ہے۔

حاملہ عورتوں کی ایک قلیل تعداد کے پیشاب میں البیومن کی ایک خفیف مقدار پائی جاتی ہے، لیکن ان اصابتوں کی صحیح تعداد اختلاف پذیر ہے۔ دوران حمل میں البیومن یوریا (albuminuria = البیومن بولیت) کی ان تمام اصابتوں کو امکاناً پرگیننسی کڈنی (pregnancy kidney = کلیتہ الحمل) کا ابتدائی درجہ سمجھنا چاہیئے، تاوقتیکہ محتاط مشاہدہ اور امتحان سے اس کے خلاف ثابت نہ ہو جائے۔ جن اصابتوں میں البیومن یوریا (albuminurea = البیومن بولیت) پایا جاتا ہے، اُن میں یہ اطمینان کرنے کے لیئے کہ کوئی پرانا ضرر گردہ تو نہیں ہے یا حمل سے قبل البیومن یوریا (البیومن بولیت) تو نہ تھا، نہایت غور و خوض سے امتحان کرنے کی ضرورت ہے۔ [دیکھو حمل کا البیومن یوریا (albuminurea = البیومن بولیت) اور حمل کا ٹاکسیمیا (toxæmia = تسمم الدم)]۔ یہ امر بھی یاد رکھنا ضروری ہے کہ قارورہ میں البیومن کی قلیل مقدار ممکن ہے مہبلی افراز کی آمیزش کا نتیجہ ہو، چنانچہ اگر کوئی شبہ ہو تو قارورہ کا نمونہ بذریعہ قثاطیر حاصل کرنا چاہیئے۔ 54

بہت سی حاملہ عورتوں کے قارورہ میں ایک قلیل مقدار شکر کی پائی جاتی ہے۔ یہ شکر بیشتر اوقات لیکٹوس (lactose) کی صورت میں ہوتی ہے اور ایک طرح پر پستانی فعالیت پر منحصر ہوتی ہے، لہذا ممکن ہے کہ یہ فعلیاتی ہو۔ لیکن اگر شکر کی حاصل شدہ قسم گلوکوس (glucose) ہے، تو پھر یہ حالت فعلیاتی نہیں ہو سکتی، بلکہ لازماً یا تو لوئر رینل تھریشولڈ (پست کلوی دہلیز) ہو گی، یا حقیقی ڈایا بیٹز (diabetes = ذیابیطس) ہو گی۔

قارورہ میں جو نائٹروجنس پراڈکٹز (nitrogenous products = نائٹروجینی حاصلات) پائے جاتے ہیں، دوران حمل میں ان کی مقدار میں ایک عام تخفیف ہوتی ہے۔ جوں جوں حمل زیادہ ترقی پاتا ہے ان کی مقدار گھٹتی جاتی ہے۔ اس طرح یوریا (urea)، یورک ایسڈ (uric acid)، مرکبات امونیا (ammonia)، کریٹین (creatin)، کریٹنن (creatinin) سب کم ہو جاتے ہیں۔ لیکن وہ نائٹروجن جس کا اخراج بصورت یوریا

ہوتا ہے، طبعی مقدار میں باقی رہتی ہے، حالانکہ وہ نائٹروجن جو بصورت امونیا خارج ہوتی ہے، ذرا بڑھ جاتی ہے۔

چونکہ نائٹروجنی برآمد کی یہ تخفیف تمام حاملہ عورتوں میں پائی جاتی ہے، لہذا یہ فعلیاتی تصور کی جاسکتی ہے، اور ضائع شدہ مقدار کے متعلق یہ فرض کیا جاسکتا ہے کہ یہ جنین کی بالیدگی میں کام آتی ہے۔ لیکن چونکہ مرضیاتی کیفیات جیسے کہ البیومن یوریا (البیومن بولیت)، اکلمپسیا (eclampsia = انشناج) اور عموماً سمی کیفیات میں نائٹروجن کی مجموعی برآمد اور بھی زیادہ کم ہوجاتی ہے، لہذا فعلیاتی و مرضیاتی کیفیت کے درمیان کوئی حد فاصل مقرر کرنا بہت مشکل ہوتا ہے۔

نائٹروجن کی وہ مقدار جو کہ بصورت یوریا خارج ہوتی ہے، اختتام حمل کے قریب کبھی عملاً ۱ء۵ فیصدی سے تجاوز نہیں کرتی۔ اگر یہ مقدار یکساں رہے، اور قارورہ کی مقدار طبعی ہو، اور البیومن یوریا (البیومن بولیت) نہ ہو، تو اسے فعلیاتی تصور کرنا چاہئے۔

مختلف مصنفین نے بیان کیا ہے کہ دوران حمل میں کلورائیڈز (chlorides) کے اخراج کی مقدار بڑھ جاتی ہے، مگر اس بارے میں بعض تحقیقاتیں یہ ظاہر کرتی ہیں کہ کلورائیڈز (chlorides) درحقیقت گھٹ جاتے ہیں، جو کہ ایک متوقع امر بھی ہے کیونکہ بیشتر مصنفین متفق ہیں کہ فاسفیٹس (phosphates) اور سلفیٹس (sulphates) کم ہوجاتے ہیں۔

حاملہ عورتوں کے پیشاب میں ایسٹرن (œstrin) اور نخامی ہارمون پایا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 71)۔

عصبی نظام ۔ بہت زمانہ سے یہ مشاہدہ کیا جارہا ہے کہ دوران حمل میں عصبی نظام عام طور پر زیادہ خراش پذیر ہوجاتا ہے۔ اس کے ثبوت میں یہ امر پیش کیا جاتا ہے کہ معکوس عصبی اختلالات بآسانی پیدا ہوجاتے ہیں۔ دوران حمل میں مارننگ سکنس (morning sickness = صبح کی متلی) کو، ان اختلالات کی ایک مثال بیان 55
کیا جاتا ہے، لیکن یہ امر بہت ہی مشکوک ہے کہ مارننگ سکنس (صبح کی متلی) محض ایک معکوس مظہر ہے۔ زیادہ اغلب یہ ہے کہ یہ متلی درحقیقت خون میں دورہ کرتی ہوئی کسی سمی شئے کا نتیجہ ہے، جو اس لئے متلی پیدا کرتی ہے کہ عصبی مراکز کی خراش پذیری بڑھی ہوتی ہے۔

عصبی نظام کی خراش پذیر حالت بالعموم نفسی تغیرات کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ مریضہ کے مزاج میں تغیر واقع ہو جاتا ہے جو کہ بعض اوقات ناخوشگوار قسم کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ مغلوب الجذبات اور چڑچڑی ہو جائے، جسے بآسانی غصہ دلایا جاسکے اور بآسانی مایوس کیا جاسکے۔ تقریباً ہمیشہ ایسا ہوتا ہے کہ غذا کی طلب ہوتی ہے، اور یہ بعض اوقات مرضی صورت اختیار کرتی ہے۔ بدیں وجہ کھانے کی ان غیر معمولی اشیاء کی جو بیان ہو چکی ہیں، بیحد خواہش ہوتی ہے۔ ہسٹیریا (hysteria) ہونا کوئی غیر معمولی امر نہیں ہے۔ اور چہرہ کا اعصابی درد نہایت تکلیف دہ ہوتا ہے، خاصکر اگر کوئی بوسیدہ دانت موجود ہوں۔ بعض اوقات بیخوابی واقع ہوتی ہے جس کی اکثر اوقات وجہ بتانا مشکل ہوتا ہے، کیونکہ دوران حمل میں اس تکلیف کے بہت سے اسباب ہیں، اور مرکزی نظام عصبی میں خواہ تبدیلی نہ بھی ہو تو بھی وہ تنہا بیخوابی پیدا کر سکتے ہیں۔

بخلاف اس کے بعض حاملہ عورتوں کی دماغی حالت کا تغیر رو بہ اصلاح ہوتا ہے۔ وہ اپنے کو دماغی و جسمانی حیثیت سے قوی تر محسوس کرتی ہیں، زیادہ خوش و خرم ہو جاتی ہیں اور کم پریشان کرتی ہیں، اور ایک عمومی تندرستی کا احساس رکھتی ہیں۔ بدقسمتی سے ایسی خوش نصیب عورتیں بہت کم ہیں۔

خطۂ غذائیہ۔ مارننگ سکنس (morning sickness = صبح کی متلی)، جو عموماً حمل کے تقریباً چھٹے ہفتہ کے آخر میں شروع ہوتی ہے اور اوسطاً دو ماہ تک جاری رہتی ہے، حمل کے مظاہر میں سے ایک عام ترین اور نہایت ہی مستمر مظہر ہے۔ یہ عموماً یوں رونما ہوتی ہے کہ مریضہ صبح کو بستر سے اٹھتے ہی فوراً ابکائیاں کرنے لگتی ہے اور عموماً قدرے صفرا آلود مخاط قے ہوتا ہے، بعد اس کے ایک طبعی اصابت میں مریضہ کو کوئی مزید متلی نہیں ہوتی۔ گر بہت سی عورتوں میں دن بھر میں ایسا ہوتا ہے کہ وقفہ وقفہ سے متلی ہوتی ہے اور مزید مخاط قے میں خارج ہوتا ہے۔ اگر استفراغ میں واقعی غذا نہ گرے تو یہ صورت کچھ اہم نہیں ہے۔ لیکن اگر قے میں غذا گرے تو حالت حقیقتاً مرضیاتی ہو جاتی ہے، اور اسے حمل کی مفرط قے شمار کرنا چاہئے۔

بعض عورتیں مطلق کبھی قے نہیں کرتیں اور نہ کوئی متلی محسوس کرتی ہیں۔ ممکن ہے

یہ محض ایک اتفاق ہو، لیکن متلی اکثر اوقات اُن عورتوں میں بھی واقع ہوتی ہے جو یہ جانتی ہی نہیں کہ وہ حاملہ ہیں۔ ایسی عورتیں جو دوران حمل میں کبھی کسی وقت متلی محسوس نہیں کرتیں، حقیقت میں مریضات کا بہت چھوٹا گروہ بناتی ہیں۔ **بدہضمی اور فلیٹولینس** (flatulence= ریحت) بہت عام ہوتی ہے۔ یہ ضروری نہیں کہ بدہضمی اور فلیٹولینس (ریحت) صرف حمل کے اخیر ہی میں واقع ہو، یعنی اس وقت جبکہ معدے پر دباؤ اور امعاء کی جزوی رکاوٹ کو علتی اسباب خیال کیا جاتا ہے۔ بعض اوقات دوران حمل میں معوی اور معدی تمدد بہت ابتدا سے واقع ہوتا ہے اور شکمی کلانی کا احساس پیدا کرتا ہے، جس سے اس امر کا کہ حمل کس درجہ تک ترقی کر چکا ہے، غلط اندازہ لگ سکتا ہے۔

56

عموماً اشتہا اچھی ہوتی ہے، جنین اور بڑھتے ہوئے رحم کو رسد پہنچانے کے لئے اور مختلف حصص جسم میں چربی جمع کرنے کے لئے زیادہ غذا کی ضرورت ہوتی ہے۔ لہٰذا ہضمی اعضا پر زیادہ بار پڑتا ہے اور ممکن ہے کہ وہ اس کے قابل نہ ہوں۔ اکثر اوقات کھانے کی ایسی اشیاء کی بھی طلب ہوتی ہے جو نا قابل ہضم ہوتی ہیں۔ ان کے آزادانہ کھانے سے اختلالات ہضم پیدا ہوتے ہیں۔ سینہ کی سوزش ایک عام شکایت ہے۔ اسکو قلیات کے ذریعہ تسکین ہوتی ہے، لیکن زمانۂ حال میں یہ ثابت کیا گیا ہے کہ ایسی بعض اصابتوں میں ہائڈروکلورک ترشہ کی قلت ہوتی ہے، ان اصابتوں میں ہائڈروکلورک ترشہ کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں دینے سے تسکین ہوتی ہے۔

قبض۔ دوران حمل میں عام ہے، جیسا کہ عورتوں میں باقی اوقات میں بھی ہوتا ہے۔

بیشتر اوقات ہمرائڈز (hæmorrhoids= **بواسیری مسّے**) پیدا ہو جاتے ہیں، اس طرح جس طرح کہ دوران حمل میں ٹانگوں اور ولوا (vulva= فرج) کی ویری کوس (varicose= دوالی نما) وریدیں بہت عام طور سے واقع ہوتی ہیں۔ یہ ضرور نہیں کہ یہ قبض سے ہی پیدا ہوں مگر قبض سے ان میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ ان کا سبب ریکٹل وینز (rectal veins= مستقیمی وریدوں) پر یا عام طور سے پلوک وینز (pelvic veins= حوضی وریدوں) پر بڑھتے ہوئے رحم کا دباؤ پڑنا ہے۔

ہمرائڈز (بواسیری مسّے) ممکن ہے بہت تکلیف دہ اور نہایت بے چینی کا

باعث ہوں لیکن عموماً وہ بعد وضع حمل غائب ہو جاتے ہیں۔

تھائرائڈ (thyroid = غدہ درقی)۔ عام طور پر خیال کیا جاتا ہے کہ تھائرائڈ (غدہ درقیہ) دوران حمل میں بڑھ جاتا ہے، مگر اس خیال کا ثابت کرنا مشکل ہے۔ خفیف درجہ کی تھائرائڈ (درقی) کلانی بآسانی نہیں معلوم کی جا سکتی، خاصکر اگر یہ معلوم نہ ہو کہ تھائرائڈ (غدہ درقیہ) کی حالت حمل سے پہلے کیا تھی۔ یہ فرض کیا جاتا ہے کہ دوران حمل میں صحیح تحول کے لئے ضروری ہے کہ تھائرائڈ (درقی) افراز کی رسد زیادہ ہو جائے۔ بعض ماہرین کا یہ بھی خیال ہے کہ تھائرائڈ (درقی) افراز کی قلت ایک ٹاکسیمک (تسممی) حالت پیدا کرتی ہے اور اکلمپسیا (eclampsia = انشناج) کی استعداد پیدا کرتی ہے۔

57

باب پنجم

حمل کی مدت

یوٹروجسٹیشن (uterogestation = رحمی حمل) کی اوسط مدت ۲۷۳ دن ہوتی ہے۔ اس کا اندازہ ایسی مثالوں سے لگایا گیا ہے جن میں یہ معلوم ہو چکا تھا کہ صرف ایک بار جماع ہوا ہے۔ اس عدد کو مختلف مشاہدین نے قریبی طور پر تصدیق کیا ہے، تاہم اسے انسان میں یوٹروجسٹیشن (رحمی حمل) کی حقیقی مدت کا مظہر نہیں سمجھا جا سکتا۔ یہ تو صرف یہ ظاہر کرتا ہے کہ ایک واحد بارور جماع سے لیکر وضع حمل کے وقت تک کتنے ایام گزرتے ہیں۔ اس سے اووم (بیضہ) کی باروری کی تاریخ، یا استقرار حمل کا اصلی وقت معلوم کرنے میں کوئی مدد نہیں ملتی۔

یہ امر بخوبی معلوم ہے کہ سپرمیٹازوا (spermatozoa = حیوانات منویہ) جسم کے باہر موافق حالات میں تقریباً دس یوم اور جسم کے اندر نہایت موافق حالات کے تحت تقریباً اٹھارہ سے اکیس روز زندہ رہتے ہیں۔ لہٰذا نظری طور پر ایک بار جماع ہو چکنے کے چودہ روز بعد بھی باروری واقع ہو سکتی ہے۔ تاہم یہ امر غالب تر ہے کہ استقرار حمل ایک معلوم واحد جماع کے بعد، اوسطاً چار یوم کے اندر واقع ہوتا ہے۔

یہ امر کہ حمل ۳۰۰ دن تک یا زیادہ طول کھینچ سکتا ہے، طبی قانونی نقطہ نگاہ سے بہت دلچسپ ہے، کیونکہ اس پر بچے کی لیجیٹی میسی (legitimacy = صحیح النسبی) منحصر ہو سکتی ہے۔

انگلستان وریاستہائے متحدہ امریکہ میں قانون نے یوٹروجسٹیشن (رحمی حمل) کا کوئی معین زمانہ مقرر نہیں کیا ہے۔ اسکاٹ لینڈ (Scotland) فرانس (France) اور آسٹریا (Austria) میں ۳۰۰ دن کی حد مقرر ہے۔ یہ ۳۰۰ دن جو آخر قدرتی "ایام حیض" کے پہلے دن سے شمار گئے جاتے ہیں، رحمی حمل کے زمانہ سے اوسطاً تئیس دن کی زیادتی ظاہر کرتے ہیں، اور بداہتہً ان کی توجیہہ خالصتہً فعلیاتی اسباب کی بناء پر کی جاسکتی ہے۔ سپرمیٹازوا (spermatozoa = حیوانات منویہ) کا جنیٹل ٹریکٹ (genital tract=خطۂ تناسلی) میں تین ہفتے زندہ رہ سکنا یہ معنی رکھ سکتا ہے کہ جماع کے بعد باروری میں اتنی ہی مدت کی تاخیر ہو سکتی ہے (کم سے کم نظری طور پر)۔ لہذا جب کوئی بچہ ایام حیض کے اول دن سے ۳۰۰ دن بعد پیدا ہوتا ہے تو یہ گمان پیدا ہوتا ہے کہ استقرار حمل تین ہفتہ بعد ہوا ہوگا اور حقیقتاً یہہ یوٹروجسٹیشن (utero-gestation = رحمی حمل) کے زمانہ کی اطالت کی مثال نہ ہوگی۔

بخلاف اس کے ایسی سریری شہادت بھی موجود ہے جو ظاہر کرتی ہے کہ حمل رحمی
کے زمانہ میں اطالت حقیقتاً واقع ہوتی ہے۔ اس امر کا بہترین ثبوت طفل کی غیر طبعی لمبائی 58
اور وزن ہوتا ہے، لیکن اول الذکر نشانی زیادہ اہم ہے۔ اب کثرت سے ایسی شہادت
پائی جاتی ہے، جو قطعی طور پر ثابت کرتی ہے کہ اگر حمل (آخری "ایام حیض" کی تاریخ سے شمار
کرتے ہوئے) اطالت پذیر ہو جائے، تو بچہ ہمیشہ اوسط وزن اور جسامت سے زیادہ ہوتا
ہے۔ یہ پوسٹ میچیور (postmature = زائد از میعاد) اطفال کہلاتے ہیں، اور علاوہ
اطالت پذیر یوٹروجسٹیشن (حمل رحمی) کی فعلیاتی دلچسپی کے، بہت کافی سریری اہمیت رکھتے ہیں۔

ان اطفال کے سروں کی غیر طبعی جسامت، اور غیر معمولی سختی" ڈفی کلٹ لیبر (difficult labour = عسیر وضع حمل) کا سبب ہوتی ہے، لہذا ان میں سے بعض بچے دوران ولادت میں ضائع ہو جاتے ہیں۔ مگر ایک زیادہ اہم خطرہ یہ ہے کہ بچہ وضع حمل شروع ہونے سے قبل یعنی اول مرحلۂ وضع حمل کے دوران میں ہی مر جائے۔ اس قسم کے واقعات کی اب اس کثرت سے اطلاع دی گئی ہے کہ یہ یقین کرنے کی ضرورت ہے کہ رحم میں زیادہ عرصہ تک رہنے سے بچہ کی حیویت کو مضرت پہنچتی ہے [غالباً پلیسنٹا (مشیمہ) کے انحطاط کی وجہ سے] تاہم بچہ کے وزن سے ثابت ہے کہ اس کے تغذیہ کو نقصان نہیں پہنچتا۔ جب انقباضات حملی شروع ہو جاتے ہیں، تو یہ دموی رسد کو ایک لمحہ کے لیے بند کر دیتے ہیں، اور چونکہ بچہ کی حیویت گھٹی

ہوئی یا کمزور ہوتی ہے لہٰذا وہ مرجاتا ہے۔

بہرکیف اس سے ایک یقینی نتیجہ نکالا جاسکتا ہے اور وہ یہ ہے کہ اگر حساب لگانے پر پوسٹ میچیورٹی (حمل رحمی) کے زمانہ کی غیر معمولی اطالت پائی جائے تو بچہ کے مفاد کے مدِّنظر وضع حمل کا امالہ کردینا چاہیے۔

وضع حمل کی تاریخ کا حساب لگانا۔ چونکہ استقرارِ حمل واقع ہونے کا ٹھیک وقت معلوم کرنے کا کوئی ذریعہ موجود نہیں ہے لہٰذا پوسٹ میچیورٹی (رحمی حمل) کے زمانہ کا حساب آخری "قدرتی ایام" سے لگانے کا دستور ہے۔ یہ طریقہ اس لئے اختیار کیا گیا ہے کہ سب سے بارور زمانہ وہی ہوتا ہے جو کہ فوراً حیض کے بعد ہی آتا ہے۔ جو تاریخ کہ نہایت عام طور سے نظر اور یاد میں رہتی ہے وہ حیض کا پہلا دن ہے اس لئے عموماً اسی دن سے حساب لگایا جاتا ہے۔ اگر اوسطاً چار روز حیض کے اور تین اور دن اس زمانہ کے جو کہ وقوعِ استقرارِ حمل سے پہلے گزرتا ہے ملحوظ رکھے جائیں تو وضع حمل کی متوقع تاریخ کے حساب لگانے کا سہل ترین طریقہ یہ ہے کہ آخری "ایام حیض" کے پہلے دن سے تو تقویمی مہینے آگے یا تین تقویمی مہینے پیچھے شمار کئے جائیں اور اس میں سات دن زیادہ کردئیے جائیں۔ یہ آسان طریقہ عملی طور پر صحیح ہے اور خواہ سال کا کوئی بھی مہینہ ہو "ایام حیض" کے پہلے دن سے شمار کرتے ہوئے ۲۸۰ دن کا اوسط پیش کرتا ہے۔

اگر تاریخ معلوم بھی ہو جائے تو اس میں کافی غلطی ہوسکتی ہے کیونکہ ممکن ہے حیض سے چند دن کے بعد استقرارِ حمل واقع ہوا ہو۔ مثلاً اگر پہلے حیضی ناغہ سے ذرا ہی قبل استقرارِ حمل واقع ہوا ہو تو وضع حمل کی تاریخ میں حساب کی ہوئی تاریخ کی بہ نسبت تقریباً تین ہفتہ کی تاخیر ہوسکتی ہے حالانکہ کوئی حقیقی اطالت حمل واقع نہیں ہوتی۔

اکثر اوقات دقت اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ وضع حمل کی اغلب تاریخ اسوقت معلوم 59
کرنیکی کوشش کیجاتی ہے جبکہ آخری "ایام حیض" کی تاریخ معلوم نہیں ہوتی یا اینورریا (amenorrhea = عدم الطمث) کے زمانہ مثلاً لیکٹیشن (lactation = رضاعت) میں استقرارِ حمل واقع ہوا ہوتا ہے۔ مغالطات اس طرح بھی پیدا ہوئے ہیں کہ مریضہ آخری ایام کی مفروضہ تاریخ میں غلطی کرتی ہے۔ ان تمام صورتوں میں صحیح مدت حمل کا اندازہ لگانے کی کوشش

اس بنا پر کی جاتی ہے کہ رحم پیلوس (pelvis =حوض) میں کس بلندی تک اونچا ہو گیا ہے۔ ایلیس میکڈ انلڈ (Ellice Macdouald) کا وہ طریقہ جس میں پیوبز (pubes=عانہ) سے اوپر فنڈس یوٹرائی (fundus uteri= قعر رحم) کی بلندی ناپی جاتی ہے اور اس سے حساب لگایا جاتا ہے، ایک سابق پیریگراف میں بیان کیا جا چکا ہے اور یہ یقینی طور پر کچھ مفید ہے۔ اس کو مختصراً اس طرح یاد رکھنا چاہیئے :۔ اگر پیوبز (عانہ) سے اوپر فنڈس یوٹرائی (قعر رحم) کی سنٹی میٹر میں بلندی معلوم کر کے اس کو ۳،۵ سے تقسیم کیا جائے تو اس سے ان قمری مہینوں کی تعداد حاصل ہوتی ہے جو استقرار حمل کے بعد گزرے ہیں۔

قوکننگ (puickening = ازتکاض) کی تاریخ حاصل شدہ اعداد کی جانچ کرنے میں مدد دیتی ہے، مگر یہ اتنا اختلاف پذیر ہوتی ہے کہ زیادہ عملی فائدہ کی نہیں۔ قوکننگ (ازتکاض) عاجل ترین ۱۶ یا سولھویں ہفتہ واقع ہوتا ہے، مگر عملی اغراض کے لئے بہترین ہے کہ اسے ذرا بعد میں مقرر کیا جائے، مثلاً سترھویں ہفتے۔ بذریعہ شکمی پیمایش جو مدت حمل پہلے سے دریافت کی جا چکی ہے اگر قوکننگ (ارتکاض) کی تاریخ بظاہر اس کی تصدیق کرتی ہو، تو وضع حمل کی حساب شدہ تاریخ کا کسیقدر بھروسہ سے انتظار کیا جا سکتا ہے۔ لیکن اگر قوکننگ (ارتکاض) کی تاریخ میں، اور تخمینہ کردہ تاریخ وضع حمل میں وسیع اختلاف ہو، تو صرف موخر الذکر عدد ہی کا لحاظ کرنے کی ضرورت ہے۔

سابقہ حمل کے اثرات :۔ بعض اوقات طبی قانونی نقطۂ نظر سے ضروری ہوتا ہے کہ ہم سابقہ حمل کے اثرات پہچان سکیں۔ یہ ضرورت یا تو ابارشن (abortion= اسقاط) کے بعد، یا پورے دن کے وضع حمل کے بعد فوراً ہوتی ہے، یا پھر اس سے بھی زیادہ متاخر تاریخ میں ہوتی ہے۔ حالیہ وضع حمل کے **امارات** ہمیشہ واضح ہوتے ہیں، مگر ابارشن (اسقاط) کے امارات ممکن ہے واضح نہ ہوں۔ مزید برآں پورے دن کا وضع حمل مریضہ میں جو نشانات چھوڑ جاتا ہے وہ کبھی نہیں مٹ سکتے، درحالیکہ ابارشن (اسقاط) کے بعد ممکن ہے کوئی بھی امارت باقی نہ رہے۔

حالیہ یعنی ہفتہ دو ہفتہ پہلے کے، وضع حمل کے امارات، عام اور مقامی ہوتے ہیں۔

عام امارات، پستانی تغیرات اور جلدی تبدیلیوں پر مشتمل ہوتے ہیں۔ پستان بھرے ہوئے ہوں گے اور اُن میں دودھ ہوگا، اور ممکن ہے بوجہ جلدی تناؤ کے ان پر سٹرایا (striæ=

خطوط) ظاہر ہوں۔شکمی دیوار مرتخی ہوگی، جلد ی ملوّن ہوگی، اور سٹر ایا گریوڈیریم (striæ=
gravidarum=خطوط الحمل) موجود ہوں گے۔ موخرالذکر اپنا گلابی اور ملوّن منظر کھو چکے
ہوں گے، اور سفید وندبی ہوگئے ہوں گے۔

مقامی امارات، جسم رحم، سروکس (cervix=عنق) ویجائنا (vagina=مہبل)
اور ولوا (vulva=فرج) میں ہوں گے۔ رحم بڑھا ہوا ہوگا، جسامت اس پر منحصر ہوگی کہ
60 وضع حمل سے کتنا زمانہ گزر چکا ہے۔ ممکن ہے انقباضات حملی محسوس ہو سکیں۔ سروکس (عنق)
نرم اور کسیقدر پیٹولس (patulous=فراخ) ہوگا، اور اغلباً ایک ہفتہ تک کے بعد اُنگلی
داخل ہو جائے گی۔ ممکن ہے سروکس (عنق) میں حالیہ لیسریشنز (lacerations=وریدگیاں)
ہوں۔ اکثر اوقات یہ لیسریشنز (وریدگیاں) دو طرفی ہوتی ہیں، لیکن اگر ایک ہی لیسریشن (وریدگی)
ہو تو یہ عموماً بائیں جانب ہوتی ہے۔ سروکس (عنق) کا معائنہ ان لیسریشنز (وریدگیوں) کو ظاہر
کردے گا، اور عنق کی عام طور سے سرخ اور ممتلی شکل کو آشکارا کرے گا۔ سروائکل قنال
(عنقی قنال) سے افراز نکلتا ہوا نظر آئے گا۔

ویجائنل (مہبلی) دیواریں مرتخی ہوں گی، اور اُن میں شکنیں پڑی ہوں گی۔ اُنکی
طبعی جُھرّیاں ہموار ہوگئی ہوتی ہیں، اور اگر بذریعہ منظار ان کا معائنہ کیا جائے تو ممکن ہے
وہ ننھے چاک اور چھوٹے نزفات ظاہر کریں۔ ہائمن (hymen=پردۂ بکارت) اپنی پوری
دبازت کے اندر گہری لیسریشنز (وریدگیاں) ظاہر کرے گا، اور اس کے باقیات متورم اور
ممتلی ہوں گے۔

فورشٹ (fourchette=قیدالشفرتین) حسب دستور سمت انتصابی میں پھٹا ہوا
ہوگا، اور ممکن ہے کہ پرینیم (perineum=عجان) اور ویجائنا (vagina=مہبل) کے
اسفلی حصہ کی کم وبیش لیسریشن (وریدگی) موجود ہو۔ ان لیسریشنز (وریدگیوں) کی موجودگی اس
امر کی سب سے زیادہ یقینی شہادت ہے کہ حال میں پورے دن کی ولادت ہوئی ہے۔

ممکن ہے کہ ولول (vulval=فرجی) جلد میں چھوٹی چھوٹی لیسریشنز (وریدگیاں)
ہوں، اور ممکن ہے یہ بعض اوقات میٹس یوریناریس (meatus urinarious=منفذ بولی)
کے اردگرد سامنے کے حصہ پر ہوں۔ مذکورہ بالا لیسریشنز (وریدگیاں) جب موجود ہوں، تو یہ بلحاظ
اُس وقت کے کہ جو گزر چکا ہو، انگور بندھی ہوئی حالت میں ہوتی ہیں، یا تقریباً مندمل شدہ

ہوتی ہیں۔

مہبلی رطوبت، کم و بیش بلحاظ اس امر کے کہ رحم میں ان وولیوشن (involution= حکش) کس درجہ تک واقع ہو چکا ہے، خون آلود اور مفرط ہوگی۔

اس سے بھی زیادہ دشوار یہ ہے کہ کسی درجۂ اعتماد کے ساتھ یہ کہا جائے کہ ایک عورت کو حال میں ایبارشن (abortion=اسقاط) ہوا ہے۔ ایبارشن (اسقاط) کے ایک ہفتہ بعد بھی مقامی طور سے، یا عمومی طور سے کوئی شئے نہیں پائی جاتی جس کی بنا پر یہ حلفیہ بیان کیا جاسکے کہ یہ تازہ حمل کے امارات ہیں۔ قدرتاً جتنا جلد ایبارشن (اسقاط) ہوگا، اتنا ہی کم اس کا امکان ہوگا کہ وہ اپنے تازہ وقوع کی کوئی مثبت امارت چھوڑے۔ اغلباً سروکس (عنق) و یجائنا مہبل) یا ولوا (فرج) کی ورید گیاں یا مضرتیں نہ ہوں گی۔ ممکن ہے رطوبت بند ہو گئی ہو اور حصے ممتلی نہ ہوں۔

رحم یقیناً بڑھا ہوا ہوگا، مگر قطعی طور سے یہ کہنا ناممکن ہے کہ رحم کی خفیف کلانی تازہ ایبارشن (اسقاط) ہی کی وجہ سے ہے، ممکن ہے کہ وہ کسی زمانہ ماضی کے حمل کے سبب سے ہو۔ مریضہ عاجل ایبارشن (abortion= اسقاط) میں ایک ہی دو دن کے اندر دیکھی اور جانچی نہ گئی ہو، تو اس امر کا امکان بالکل نہیں کہ مثبت امارات موجود ہوں گی۔

پورے دن کے قریب سابقہ حمل اور ولادت کے امارات ۔ عام امارات، پستانی اور شکمی ہوتے ہیں۔ پستان عموماً ذرا ڈھیلے اور پینڈولس (pendulous=
لٹکے ہوئے) ہونے پر مائل ہوتے ہیں۔ نپلز (nipples= بھٹنیاں) بھرے ہوئے ہوتے ہیں، 61
ایریولا (areola= ہالیزہ) اچھی طرح نمایاں ہوتا ہے، اور اس ملون خطہ کے باقیات بھی دیکھے جاسکتے ہیں، جو کہ سیکنڈری ایریولا (secondary areola= ہالیزہ ثانی) کی نمائندگی کرتا ہے۔ اگر عورت نے بچہ کو دودھ نہیں پلایا ہے تو ان تمام مناظر میں بہت تغیر و تبدل کا امکان ہے، اور ممکن ہے کہ ایک بھورے بالوں والی عورت میں یہ پگمنٹری (pigmentary= لونی) امارات بالکل مفقود ہوں۔

شکمی دیواریں ہمیشہ مرتخی اور ابھری ہوئی ہوتی ہیں، مگر یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ مزمن قبض اور امعا کا ریحی تمدد بھی شکم میں ابھار پیدا کر سکتا ہے۔ سٹرایا گریویڈیرم (خطوط الحمل) سفید

رو پہلی دھاریوں کی صورت میں، جن کو لنیا البی کینٹیز (linea albicantes = خطوط ابیض) کہتے ہیں، غیر معینہ مدت تک قائم رہتے ہیں۔ مگر کبھی کبھی وہ بالکل مفقود ہوتے ہیں، مثلاً ان صورتوں میں جن میں قبل از میعاد وضع حمل واقع ہوا ہو، بلکہ پورے دن کی زچگی کے بعد بھی مفقود ہو سکتے ہیں۔ یہ بھی فراموش نہیں کرنا چاہئے کہ یہ نشانات محض فربہی کا نتیجہ بھی ہو سکتے ہیں (چنانچہ مردوں میں بھی واقع ہوتے ہیں)، اور ممکن ہے رسولیوں یا ایسائٹز (ascites = استسقاء زقی) سے پیدا شدہ شکمی تمدد کا نتیجہ ہوں۔ موخر الذکر صورت میں ممکن ہے کہ ایک شکمی ندبہ موجود ہو، جو یہ ظاہر کرے کہ کوئی عملیہ کیا جا چکا ہے۔

مقامی طور سے رحم مستقلاً بڑھا ہوا ہوتا ہے، مگر کلانی کی مقدار اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ وہ مزمن میٹرائٹس (metritis = التہاب الرحم) کی کلانی سے تمیز نہیں کیجا سکتی۔

سروکس (عنق) بڑھ جاتا ہے، اور آس یوٹرائی (فم رحم) شکل میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ آس یوٹرائی (فم الرحم) ایک مدوّر یا بیضاوی فتحہ نہیں رہتا، بلکہ وہ تقریباً ہمیشہ ایک مستعرض جھری میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے اس میں کٹاؤ نظر آئیں، جو دریدگی کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ یہ چپ جانبی یعنی ایک جانبی ہوتے ہیں، یا دو جانبی یعنی دو کبی ہوتے ہیں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ سروکس (عنق) میں کٹاؤ ممکن ہے کہ بانجھ پن یا ڈس مینوریا (dysmenorrhea = عسر الطمث) کیلئے کئے ہوئے کسی سابقہ عملیہ کا نتیجہ ہوں۔

مہبلی دیواریں ہموار ہوتی ہیں اور اپنی قدرتی جھریاں کھو دیتی ہیں۔ ہائمن (hymen = پردۂ بکارت) گہری لیسریشنز (lacerations = دریدگیوں) کے ندبے ظاہر کرتا ہے، جو اس کی کل دبازت میں ہوتے ہیں، اور جن کی وجہ سے چھوٹی گرہیں اور ابھار باقی رہ جاتے ہیں، ان کو کرنکلی مرٹی فارمس (carunculæ myrtiformis = لحیمات آسیہ) کہتے ہیں۔ وضع حمل کے علاوہ جماع بھی ہائمن (hymen = پردۂ بکارت) کو مضرت پہنچاتا ہے، مگر اس سے جو لیسریشنز (دریدگیاں) ہوتی ہیں وہ اوپری ہوتی ہیں، اور ہائمن (پردۂ بکارت) کو مکمل طور پر نہیں پھاڑ دیتیں۔ ممکن ہے کہ ہائمن (پردۂ بکارت) جماع سے صرف متسع ہو جائے، اور اس میں لیسریشن (دریدگی) نہ ہو۔ فورشٹ (fourchette = قید الشفرتین) پورے دن کے وضع حمل میں ہمیشہ پھٹ جاتی ہے، اور فوسا نیویکولیرس (fossa navicularis = حفرہ زورقیہ) چپٹا ہو جاتا ہے، اور بحیثیت ایک جدا خلا کے اس کا وجود ختم ہو جاتا ہے۔ پرینیم (عجان) میں ایک ندبہ

اور ویجائنل اوٹ لٹ (vaginal outlet = مہبلی مخرج) کا عام ارتخا و منع حمل کی بہت ہی ایماکن امارات ہیں۔

اگر حمل کے ابتدائی ہفتوں میں سابقہ ایبارشن (abortion = اسقاط) ہوا ہو تو وہ نہایت عام طور سے قطعی کوئی امارت نہیں چھوڑتا۔ مذکورہ بالا بیان سے ظاہر ہے کہ جب تازہ ایبارشن (اسقاط) کے امارات کا شناخت کرنا آسان نہیں ہے، تو ایک زمانہ بعید کے اسقاط کی امارات پہچاننا عملاً ناممکن ہوگا۔

امارات دوشیزگی :- بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ عورت کی دوشیزگی 62

یا عدم دوشیزگی کے متعلق رائے دینا پڑتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سوال نہایت ہی آسان معلوم ہو، یا اس کا طے کرنا قطعی ناممکن ہو۔ مثلاً اگر ولوا (فرج) کے امتحان کرنے پر یہ دیکھا جائے کہ ہائمن (پردۂ بکارت) بالکل صحیح وسالم ہے، اور اس میں صرف انگلی کا سرا داخل ہو سکتا ہے، اور اسکی تیز کور ہے جو انگلی کو سختی یا مضبوطی سے بھینچ لیتی ہے، تو ثابت ہو جاتا ہے کہ انگلی کے سرے سے زیادہ بڑی چیز کا دخول واقع نہیں ہو سکتا تھا، لہٰذا یہ قطعی رائے دیجا سکتی ہے کہ عورت ایک ورگوان ٹیکٹا (virgo intacta = اچھوتی دوشیزہ) ہے۔ تاہم اگر ہائمن (پردۂ بکارت) میں بآسانی ایک یا دو انگلیاں داخل ہو جائیں، تو یہ مجامعت ہونے کا کوئی قطعی ثبوت نہیں ہے۔ لیکن اگر ہائمن (پردۂ بکارت) کئی مقامات پر کٹاؤ دار ہو، مرتخی و متسع ہو اور ایک یا دو انگلیاں بآسانی اندر داخل ہو جائیں، اور پھر عورت نہ تو جھجکے، نہ درد محسوس کرے اور نہ کوئی زبان سے شکایت کرے، تو بہت اغلب ہے کہ جماع واقع ہو چکا ہے۔

یہ فراموش نہ کرنا چاہئیے کہ اگر دخول نہ بھی ہوا ہو تو بھی حمل واقع ہو سکتا ہے۔

تاہم یہ یاد رکھنا چاہئیے کہ ہائمن (پردۂ بکارت) کا متسع ہونا یا کٹاؤ دار ہونا اس امر کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے کہ کسی امتحان کے دوران میں محض انگلی داخل کی گئی ہو، یا مریضہ کا ایسا عملیہ یا امتحان کیا گیا ہو جس میں سپیکولم (speculum = منظار) استعمال کیا گیا ہو، نیز ڈوش (douche = نطول) کی ٹونٹی کا مسلسل دخول بھی یہی اثر پیدا کر سکتا ہے۔ اس صورت میں صرف یہ کہا جا سکتا ہے کہ کوئی شے ہائمن (پردۂ بکارت) کے اندر داخل کی گئی ہے، جو اس کو تاننے یا کٹاؤ ڈالنے کے لئے کافی تھی۔ یہ ثابت نہیں ہوتا کہ یہ مناظر مجامعت کا نتیجہ ہیں۔

ممکن ہے ایسے جماع کے امارات جو پہلی مرتبہ حال ہی میں کیا گیا ہو، مذکورۂ بالا امارات سے زیادہ مثبت ہوں۔ ہائمن (پردۂ بکارت) کی تازہ غیر مندمل لیسریشنز (دریدگیاں) موجود ہوں گی، حصص سرخ اور متورم ہوں گے، اور ممکن ہے یہ حاد طور پر حساس ہوں۔ زنا بالجبر کی حال میں کوشش کی گئی ہو تو دستور یہ ہے کہ ویجائنا (مہبل) میں یا عورت یا بچہ کے کپڑوں پر سپرمیٹازوا (حیوانات منویہ) کی موجودگی کے لئے تلاش کی جاتی ہے۔ جب مناسب طریقوں سے امتحان کیا جائے، تو لباس پر ایک خشک دھبہ سپرمیٹازوا (spermatozoa = حیوانات منویہ) کی موجودگی ظاہر کرے گا، جس میں قطعاً کوئی شبہ نہیں کیا جاسکتا۔

باب ششم
تشخیص حمل

حمل کی موجودگی کی شناخت کرنا اکثر اوقات ایک کافی دشوار امر ہوتا ہے، کم از کم ابتدائی ہفتوں میں، جب کہ مثبت امارات مفقود ہوتے ہیں۔ بایں ہمہ، عمرانی وجوہ کی بنا پر اکثر اوقات یہ اہم ہوتا ہے کہ ایک پیلوک لیژن (pelvic lesion = حوضی ضرر) کو ممکن حمل سے تمیز کیا جائے۔

یہ صاف طور پر سمجھ لینا چاہئے کہ اس وقت جبکہ ابھی مثبت امارات، جیسے کہ قلب جنین یا حصص جنین کا شناخت کیا جانا، موجود نہیں ہوں، تشخیص حمل کسی ایک امارت پر نہیں بلکہ علاماتی مخلوط پر منحصر ہوتی ہے۔ کئی امارات و علامات کا مجموعہ ہی ابتدائی زمانہ کے حمل کی تشخیص ممکن بناتا ہے۔ حمل کی علامات و امارات پر بہترین طور پر بحث کرنا ہو تو یہ اُسی ترتیب میں کیجاتی ہے کہ جس میں یہ واقع ہوتے ہیں۔

امینوریا (amenorrhea = عدم الطمث) حمل کی اول ترین امارت

امینوریا (amenorrhea = عدم الطمث) ہے۔ یہ نہایت اہم امارت ہے، بالخصوص اُن عورتوں میں جن میں سابق میں حیض بالکل باقاعدہ آتا رہا ہو۔ ایام ماہواری کا دفعتاً رک جانا ایک بہت معنی خیز امارت ہے، اور ایک تندرست عورت میں جس کو سابق میں بالکل باقاعدہ حیض

آ نہ رہا ہو اس سے قیاس پیدا ہوتا ہے کہ استقرار حمل واقع ہوگیا ہے۔
قدرتاً ایسی عورتیں جن کے "ایام" بے قاعدہ رہے ہوں، یا جس نے کسی مرضیاتی سبب سے کبھی کبھی ایک "ایام" ناغہ کیا ہو، اس کی یہ اہمیت نہیں ہوتی۔ بہرحال یہ فراموش نکرنا چاہیے کہ مندرجہ ذیل حالتوں میں بھی حمل واقع ہو سکتا ہے :۔

۱۔ حیض شروع ہونے سے قبل۔

۲۔ اور مینوپاز (سن یاس) کے بعد۔

۳۔ اس وقت جبکہ بیماری یا لیکٹیشن (lactation = رضاعت) کی وجہ سے حیض مفقود ہو۔ موخرالذکر صورت میں حمل ہونا نسبتاً ایک عام واقعہ ہے۔

بخلاف اس کے، عرصہ سے یقین کیا جا رہا ہے کہ استقرار حمل ہو جانے کے بعد بھی ایک یا دو، یا تین مرتبہ حیض آ سکتا ہے۔ یہ امر جہاں تک کہ رحم کا تعلق ہے کم سے کم نظری طور پر ممکن ہے، کیونکہ اینڈومیٹریم (endometrium = درون رحم) کی ایک امکانی سطح ایسی موجود ہوتی ہے، جہاں سے ڈیسیڈوا ویرا (حقیقی غشاء ساقط) اور ڈیسیڈوا کیپسولیرس (کیسی غشاء ساقط) کے ایک دوسرے سے چپک جانے تک یعنی تقریباً بارھویں ہفتہ تک "خون حیض" جاری ہو سکتا ہے۔ 64

یہ ایک تسلیم شدہ حقیقت ہے کہ حاملہ عورت کے رحم سے ممکن ہے کہ نزفات واقع ہوں، اور ایسے واقعات نہایت عام ہیں۔ لیکن اگر ان نزفات کی بغور جانچ کی جائے تو معلوم ہوگا کہ نہ تو اُن میں حیض کی باقاعدہ دوریت پائی جاتی ہے اور نہ نقصان خون کی مقدار اتنی ہوتی ہے۔ درحقیقت ان صورتوں میں نزفات تھریٹنڈ ابارشن (threatened abortion = اسقاط مخطور) ظاہر کرتے ہیں، نہ کہ حیض۔ یہ فرض کرنا بدیہات میں سے ہے کہ ایک حاملہ عورت کو نزف ہو سکتا ہے مگر حیض نہیں ہوتا، جس سے صرف وہ صورتیں مستثنیٰ ہیں جن میں ڈبل یوٹرس (double uterus = دوہرا رحم) ہوتا ہے۔ پس اس عورت کو جو حاملہ ہے حیض نہیں آ سکتا۔

اگر صرف امینوریا (amenorrhea = عدم الطمث) ہی وہ علامت ہو کہ جس کی شکایت کی جائے، اور اگر حمل کی امارات ناقابل تردید نہ ہوں، تو مریضہ کا بغور امتحان کرنا چاہیے تاکہ امینوریا (عدم الطمث) کے تمام مرضیاتی اسباب کو خارج از بحث کر دیا جائے۔

پستانی امارات :۔ اول چار ہفتوں میں پستانوں میں کسقدر بڑی محسوس ہوتی ہے۔ پستانوں کی اہمیت ایک بہت ابتدائی علامت ہے، مگر عموماً ثبت پستانی تغیرات

تیسرے چار ہفتوں تک شروع نہیں ہوتے ۔ یہ نظر انداز نہ کرنا چاہیئے کہ پستانوں کی الیمیت دوران حیض میں غیر معمولی امر ہے، مگر اس امینوریا (عدم الطمث) میں جو کہ حمل کا نتیجہ نہ ہو، موجود نہیں ہوتی ۔

مارننگ سکنس (morning sickness= صبح کی متلی) ۔ مارننگ سکنس (صبح کی متلی) عموماً قریب چھٹے ہفتے کے شروع ہوتی ہے، اور اوسطاً دو ماہ تک جاری رہتی ہے۔ مارننگ سکنس (صبح کی متلی) کا سبب صرف حمل ہی نہیں ہوتا، ممکن ہے کہ یہ الکحلیت، سوء ہضم یا سرہوسس آف لور (cirrhosis of liver= کبادِ جگر) کی امارت ہو۔

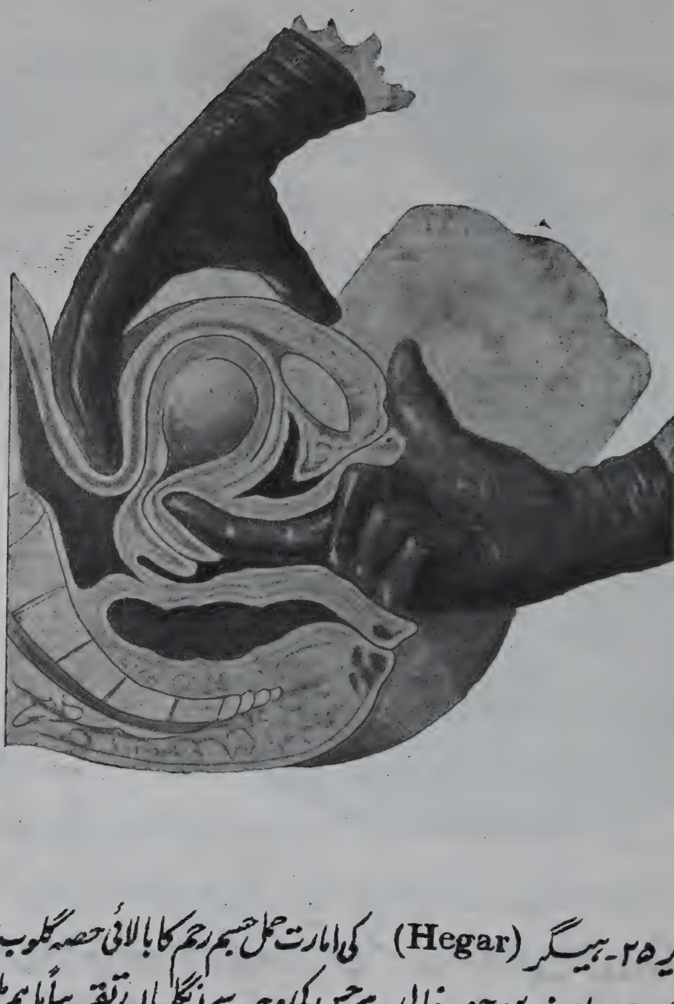
رحم کی کلانی ۔ دودستی امتحان سے عموماً دوسرے چار ہفتوں میں رحم کی کلانی پہچانی جاسکتی ہے، مگر یہ امر قدرتاً کسیقدر مریضہ کے تحمل، شکمی دیواروں کی دبازت، اور ممتحن کی مہارت پر منحصر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 41)۔

ہیگر (Hegar) کی امارت ۔ یہ خصوصیت سے حمل کے چھٹے یا دسویں ہفتہ تک پائی جاتی ہے ۔ یہ اہم امارت دو باتوں پر منحصر ہوتی ہے ۔ اول یہ کہ اووم (بیضہ) جسم رحم کے صرف اعلیٰ حصہ میں موجود ہوتا ہے، دوم یہ کہ جسم رحم کا اسفل حصہ نمایاں طور پر نرم ہو جاتا ہے۔ ہیگر (Hegar) کی امارت کی تعریف یہ ہے ۔ حامل رحم میں، چھٹے ہفتہ سے لیکر دسویں ہفتہ تک، اس کے فنڈس (قعر)، لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) اور سروکس (عنق) کی کثافت کا مختلف ہونا دودستی امتحان سے اندازہ کیا جاسکتا ہے۔

امارت ہیگر اس طرح معلوم کی جاتی ہے کہ ایک یا دو انگلیاں ویجائنا (مہبل) میں
سروکس (عنق) کے سامنے رکھ کر، اور پھر دوسرے ہاتھ سے شکمی دیوار کو نیچے دبا کر رحم کو بائی مینوئلی
(bimanually= دودستی طور پر) ٹٹولتے ہیں۔ جسم رحم کا اعلیٰ حصہ گلوب نما اور لچکدار ہوتا ہے، 65
لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) اسقدر نرم کہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ دونوں ہاتھوں کی انگلیاں اس کے
ذریعہ سے ملائی جاسکتی ہیں، اور سروکس (عنق) ہنوز نرم نہیں ہوتا ۔ یہ تین خصوصیات مل کر
امارت ہیگر (Hegar) بناتی ہیں، نہ کہ لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) کی نرمی، جیسا کہ اکثر اوقات
کہا جاتا ہے ۔ رحم کے لوئر سیگمنٹ (قطعہ اسفل) کی نرمی، کبھی کبھی رحم کے سب انوولیوشن
(sub-involution= حکش ناقص) کی صورتوں میں محسوس ہوتی ہے، اور ایک غیر مشاق
ہاتھ ممکن ہے اس سے دھوکا کھا جائے، مگر سب انوولیوٹڈ (ناقص التکش) رحم پوری امارت ہیگر کی تین خصوصیات

کبھی نہیں پیش کرتا۔ لہٰذا اگر یہ واقعی موجود ہوں تو اُن کا مطلب اُس کے سوا کچھ نہیں ہوتا کہ حمل موجود ہے۔ (تصویر ۲۵ اور ۲۶) ۔

تیسرے چار ہفتوں کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ نمایاں پستانی تغیرات واقع ہوتے ہیں اور اس زمانہ کے اختتام پر ایریولا (ہالیزہ) ملوّن ہونے لگتا ہے۔ یہ تغیر اتنا جلد صرف

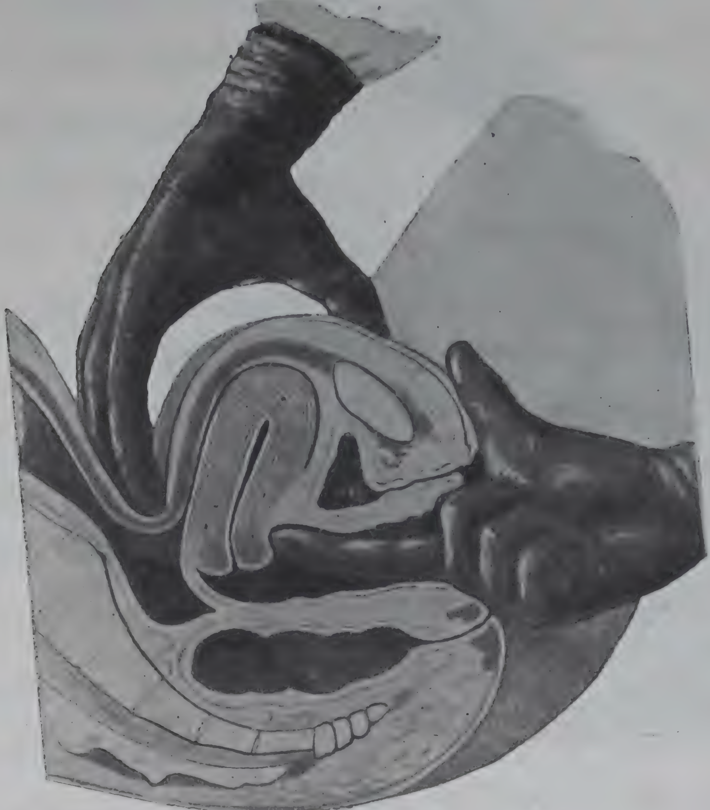


تصویر ۲۵۔ ہیگر (Hegar) کی امارت حمل جسم رحم کا بالائی حصہ گلوب نما اور لچکدار ہے۔ اور زیرین حصہ خالی ہے جس کی وجہ سے انگلیاں تقریباً باہم ملجاتی ہیں۔ اگلی تصویر سے مقابلہ کرو۔

برینٹز (brunettes = گندمی رنگ والی) عورتوں میں ظاہر ہوتا ہے۔ گورے رنگ والی عورتوں میں ممکن ہے کہ پگمنٹیشن (لونیت) بہت کم عیاں ہو اور تاخیر سے واقع ہو۔ اسوقت

عموماً ایک افراز نپل (nipple = بھٹنی) سے نچوڑا جا سکتا ہے۔ اس زمانہ میں یہ ایک دودھیا سیال ہوتا ہے جس میں وہ گاڑھی ملائی کی سی خاصیت نہیں ہوتی جو اختتام حمل کے قریب اس میں ہوتی ہے۔

سروکس (عنق) اور ویجائنل (مہبلی) دیواروں کی رنگینی — یہ تقریباً بارہ ہفتوں میں



تصویر ۲۶۔ سب انوولیوٹڈ (ناقص الحکش) رحم کا بائی مینوئل (دودستی) امتحان۔ بالائی حصہ گلوب نما نہیں ہے، اور زیریں حصہ ضرورت سے زیادہ نرم نہیں ہے۔

ظاہر ہوتی ہے۔ سروکس (عنق) میں ذرا پہلے شروع ہو کر ویجائنل انٹرنس (vaginal entrance = مہبلی مدخل) کی طرف بتدریج نیچے کو پھیلتی ہے۔ اس کی وسعت کیا ہوتی ہے اور یہ ولوا (فرج)

برکس وقت ظاہر ہوتی ہے، یہ دونوں امر اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ یہ وریدی امتلاء کا نتیجہ ہوتی ہے۔ رنگت نیلگوں ارغوانی ہوتی ہے، جو ویجائنل (مہبلی) دیواروں کے طبعی رنگ سے صاف طور پر مختلف ہوتی ہے۔ زیادہ ممکن ہے کہ رنگینیٔ حمل کے سبب سے ہو، نہ کہ کسی دوسرے سبب سے مگر کبھی کبھی اس کی بالکل مثالی شکل رحم کی فائبرائڈ (fibroid= لیفی) رسولیوں، اور اوورین سسٹز (ovarian cysts= بیضی دویروں) کے سلسلہ میں، اور متمدد مثانہ کی صورت میں بھی دیکھی گئی ہے۔

67 **قوکننگ** (quickening= ارتکاض)۔ قوکننگ عموماً سترھویں ہفتہ کے آخر میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے معنیٰ ماں کا پہلی مرتبہ حرکاتِ جنین کی تمیز کر سکنا ہے۔ اس کے معنی جنینی حرکات کا ہونا نہیں ہیں۔ یہ ایک نہایت امتیازی علامت ہے اور عموماً یہ محسوس ہوتا ہے کہ رحمی دیوار پر اندر سے ایک زور کی تھاپ پڑتی ہے۔ یہ بھی معلوم ہے کہ بعض عورتوں میں یہ جذباتی اختلال، حتیٰ کہ غشی پیدا کر دیتی ہے۔

علاوہ حمل کے، بعض اوقات دوسری صورتیں بھی اس کا اشتباہ پیدا کر دیتی ہیں۔ چنانچہ فلیٹولنس (flatulence= ریحیت) اور امعائی پری سٹالٹک موومنٹز (peristaltic movements= حرکات دودی) بعض اوقات ان عورتوں میں حرکاتِ جنین کی قائم مقام خیال کرلی جاتی ہیں، جو یا تو اپنے کو حاملہ تصور کرتی ہیں، یا حاملہ ہونا چاہتی ہیں۔ یہ سوڈوسائی سس (pseudocyesis= حمل کاذب) کی ایک نمایاں علامت ہے۔ اگر حقیقی جنینی حرکات ہوں تو وہ رحم پر ہاتھ رکھنے سے محسوس ہو سکتی ہیں۔

یوٹرائن سوفل (uterine souffle= رحمی ہزہزہ)۔ یہ ایک موسیقی یا نغمی مرمر (murmur= خریر) ہے، جو کہ رحم کے اطراف پر مسماع الصدر سے سنائی دیتی ہے۔ عموماً یہ جلد یعنی سولھویں ہفتہ میں سُنی جا سکتی ہے مگر یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ حمل کے کسی زمانہ میں بھی نہ سُنی جائے۔ سوفل (souffle= ہزہز) ماں کی نبض سے ہم زمان ہوتی ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ رحمی شریانوں میں اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ جہاں عروق رحمی عضلہ میں داخل ہوتے ہیں، وہاں خون کسیقدر تنگ حصہ میں سے بہتا ہے، اور یہ خیال ہے کہ خریر اُسی طریقہ پر پیدا ہوتی ہے جس طرح پر کہ قلب کے مصراعی امراض میں خریریں پیدا ہوتی ہیں، یعنی وینی فلوئڈ (veine fluid= سیال وریدی) کے نظریہ کے مطابق۔

یوٹرائن سوفل (رحمی ہمزیز) کی علامت، حمل کی قطعی دلیل نہیں ہے کیونکہ یہ رحسم کی فائبرائڈ (fibroid=لیفی) رسولیوں کی بعض اصابتوں میں بھی سنی گئی ہے۔ بعض اوقات یہ رحم کے ایک جانب بہتر سنائی دیتی ہے۔ اکثر اوقات بائیں طرف بہتر سنائی دیتی ہے، کیونکہ رحم کی یہ سمت شکمی دیوار کے قریب تر ہوتی ہے۔ یہ وضع حمل کے بعد بلکہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے خارج ہوجانے کے بعد بھی سنائی دے سکتی ہے۔

فیٹل ہارٹ (fætal heart = جنینی قلب)۔ جنینی ضرب قلب سے جو آوازیں پیدا ہوتی ہیں، اٹھارویں ہفتہ سے قبل شاذ ہی سنائی دیتی ہیں، بلکہ اکثر اوقات اُس وقت بھی سنائی نہیں دیتیں۔ یہ آوازیں تقریباً ویسی ہوتی ہیں جیسی کہ بالغ قلب کی ہوتی ہیں، یعنی دوگونہ نوعیت کی، مگر یہ ان سے قدرتاً زیادہ دھیمی ہوتی ہیں۔ عموماً یہ آوازیں تکیہ کے نیچے رکھی ہوئی گھڑی کی ٹک ٹک کی آواز سے مشابہ بتائی جاتی ہیں۔ جنینی قلب کی رفتار اندازاً ماں کی نبض کی دگنی ہوتی ہے، مگر کافی تغیر پذیر ہوتی ہے۔ عموماً اس میں ۱۲۰ سے ۱۶۰ ضربات فی منٹ ہوتی ہیں، اور یہ یقین کیا جاتا ہے کہ زیادہ بڑے بچوں میں شرح ضرب کم ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے ذکور کی شرح ضرب، اناث کی نسبت کم ہوتی ہے۔

68

ضرب قلب کی شرح کی بنا پر جنین کی تذکیر و تانیث دریافت و تشخیص کرنے کی کوشش کی گئی ہے، خیال یہ ہے کہ اگر یہ مسلسل طور پر کم ہو تو لڑکا ظاہر کرتی ہے، مگر اس امر کے مدنظر کہ طبعی طور پر عظیم اختلافات واقع ہوسکتے ہیں، جنینی تشخیص کی یہ کوشش اکثر اوقات مغالطہ آفریں ہوتی ہے۔

ابتدائی ہفتوں میں جنینی قلب بیشتر اوقات مرکز شکم میں امبلائکس (ناف) کے نیچے یعنی فنڈس (قعر) کے قریب سنائی دیتا ہے۔ ورٹکس پریزینٹیشن (vertex presentation= قمی تطریق) میں اواخر ہفتوں میں جس مقام پر بہترین سنائی دیتا ہے وہ مقام اگر امبلائکس (ناف) سے الیم (ileum=حرقفہ) کے انٹیریر سوپیریر سپائن (anterior superior spine=پیش فوقانی شوکہ) تک ایک خط کھینچا جائے تو اس خط کے ایک تہائی فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ بریچ پریزینٹیشنز (breech presentations=سرینی تطریقات) میں بہترین سنائی دینے کا مقام امبلائکس (ناف) سے اوپر مذکورہ بالا خط کی اطالت پر ہر دو جانب واقع ہوتا ہے۔ یہ بریچ (breech=سرینی) صورتوں میں، بالائے امبلائکس (ناف) اس لئے

سنائی دیتا ہے کہ بریچ (سرین)، پیلوک برم (pelvic brim = حوضی لگر) میں وضع حمل سے قبل داخل نہیں ہوتی، اور جنین بحیثیت مجموعی شکم میں زیادہ بلندی پر ہوتا ہے۔

کہا گیا ہے کہ جنینی قلب کو سننے کے واسطے پرانے طرز کا اکہرا مسماع الصدر، بہ نسبت جدید دو گوشی آلہ کے زیادہ بہتر ہوتا ہے، مگر مختلف مشاہدین اپنی اپنی ذاتی پسند رکھتے ہیں۔ مگر یہ ضروری ہے کہ شکمی دیوار پر مسماع الصدر کا دباؤ بڑھایا گھٹایا جائے کیونکہ شکمی جلد پر جنینی قلب کی بعض آوازیں ہلکے دباؤ کے ساتھ، اور بعض آوازیں قوی دباؤ کے ساتھ بہترین سنائی دیتی ہیں۔ تیز رفتاری، اور ماں کی نبض سے اختلاف، بہترین دلیل اس امر کی ہے کہ دوسری آواز جو سنائی دیتی ہے، جنینی قلب کی ہے۔

بیلاٹمنٹ (ballotement = نہز)۔ یہ امارت جو بیلاٹمنٹ (نہز) کے نام سے مشہور ہے، سولھویں ہفتہ کے ختم سے لے کر تقریباً بیسویں ہفتہ تک معلوم کیجا سکتی ہے۔ یہ امارت اس حقیقت پر مبنی ہے کہ حمل کے زمانہ وسطی میں جنین لائکر امینیائی (liquor amnii = رہل) میں تیرتا ہوتا ہے، کیونکہ رہل کی مقدار جنین کے مقابلہ میں زیادہ ہوتی ہے۔ جب یہ امر مہبلی امتحان سے معلوم کیا جا سکتا ہے تو انٹرنل بیلاٹمنٹ (internal ballotement = اندرونی نہز) کہلاتا ہے، اور جب صرف شکمی امتحان سے معلوم کیا جا سکتا ہے تو اکسٹرنل بیلاٹمنٹ (external ballotement = بیرونی نہز) کہلاتا ہے۔ دونوں صورتوں میں بیلاٹمنٹ (نہز) ایک احساس ہے جو امتحان کرنے والی انگلیوں کو اس وقت محسوس ہوتا ہے جبکہ وہ جنین کو اوپر کی جانب ہچکولا دیتی ہیں اور جنین اُن پر واپس گرتا ہے۔

اگر مریضہ پیٹ کے بل لیٹی ہو، تو ویجائنا (مہبل) میں ایک یا دو انگلی رکھکر انٹرنل بیلاٹمنٹ (اندرونی نہز) محسوس کیا جاتا ہے۔ اگلے ویجائنل فارنکس (vaginal fornix = مہبلی قبوہ) کے راستہ سے جنینی سر محسوس ہوتا ہے، اور جب اس کو جھٹکے دار حرکت کے ساتھ اوپر کی جانب اُچھالا جاتا ہے، تو یہ صریح تھپکی کے ساتھ انگلی پر واپس گرتا ہوا محسوس ہو سکتا ہے۔

اکسٹرنل بیلاٹمنٹ (خارجی نہز) اس طرح معلوم کیا جاتا ہے۔ مریضہ کو ایک پہلو پر لٹا کر اور اپنے دونوں ہاتھ ایک اوپر ایک نیچے پیٹ پر پھیلائے جاتے ہیں۔ نیچے کا ہاتھ جنین کو اوپر کی جانب ہچکولا دیتا ہے اور جب جنین واپس گرتا ہے تو اس کی ٹکر محسوس کرتا ہے۔

تیسویں ہفتہ کے بعد جنین کے آزادانہ تیرنے کیلئے لائکر امینیائی (liquor amnii =

ہل) شاذونادر ہی کافی ہوتا ہے۔ بہرحال جنینی سر کا بیلاٹمنٹ (تہز) حمل کے آخری ایام میں بھی
69 کیا جاسکتا ہے، بشرطیکہ سر برم (brim = گگر) کے اوپر ہو یا حقیقتاً برم (گگر) کے اندر کے سوا کسی اور جگہ ہو مثلاً بریچ (breech = سرینی) صورتوں میں فنڈس (قعر) پر سر کو دونوں ہاتھوں میں پکڑ لیا جاتا ہے اور اُن کے درمیان بیلاٹ (تہز) کیا جاسکتا ہے۔ جنین کا کوئی دوسرا حصہ اسطرح کام میں نہیں لایا جاسکتا، کیونکہ صرف سر ہی وہ حصہ ہے جو دھڑ پر اس آزادی سے حرکت کرتا ہے۔

سٹریج (stirrage = تہزج) — یہ نام اُس عجیب آواز کو دیا گیا ہے جو حرکات جنین سے پیدا ہوتی ہے اور مسماع الصدر کے ذریعہ سنائی دیتی ہے۔ بعض اوقات یہ سولھویں ہفتہ میں سنی جاسکتی ہے۔

یوٹرائن کانٹریکشنز (uterine contractions = رحمی انقباضات)۔ تمام حمل کے دوران میں لے دار غیر درد انگیز انقباضات واقع ہوتے ہیں، جو ہاتھ کو رحم پر چپیٹا رکھ کر تمیز کئے جاسکتے ہیں۔ اگرچہ یہ اولین چند ہفتوں میں بھی واقع ہوتے ہیں، مگر تاوقتیکہ رحم حوضی گگر سے بلند نہ ہوا ہو، بآسانی تمیز نہیں کئے جاسکتے۔ سولھویں ہفتہ میں شکم پر سے رحم بآسانی گرفت میں لایا جاسکتا ہے اور ممکن ہے کہ رحم کی سختی کی صورت میں ایک انقباض تمیز کیا جائے، جو چند ثانیوں تک جاری رہ کر پھر ختم ہو جائے۔ بعض اوقات انقباضات جزوی ہوتے ہیں جس سے رحم بے ڈول معلوم ہوتا ہے۔ بعض اوضات انقباضات کے درمیانی وقفے بہت طویل ہو جاتے ہیں، چنانچہ اس امارت کے محسوس کرنے کے لئے کسی قدر صبر سے کام لینا پڑتا ہے۔ بہرحال یہ بہت اہم مثبت امارت ہے، اور اگرچہ یہ حمل کی قطعی دلیل نہیں کہی جاسکتی، تاہم ایک قطعی دلیل کے بہت قریب قریب پہنچتی ہے۔ کبھی کبھی یہ امارت رحم کی فائبرائیڈ (fibroid = لیفی) رسولیوں میں بھی محسوس ہوتی ہے۔

عروق میں پلسیشن (pulsation = نبضان) — سولھویں ہفتہ سے پہلے ہی مہبلی چھت کے عروق میں پلسیشن (نبضان) معلوم کیا جاسکتا ہے، مگر سولھویں ہفتے میں وہ بہت نمایاں ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ محض رحمی شریانوں اور اُن کی ویجائنل (مہبلی) شاخوں کی کلانی ہے۔

سیکنڈری ایریولا (secondary areola = ہالیزہ ثانی) نپل (بھٹی) کے

ایریولا (ہالیزہ) کی پگمنٹیشن (لونیت) کا پستان کے چاروں طرف کی جلد تک توسیع پانا عموماً بیسویں ہفتہ کے اختتام پر ظہور پذیر ہوتا ہے۔ یہ پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے۔ نیز متورم سیبشیس گلینڈز (sebaceous glands = دہنی غدد) یعنی مانٹگومریز فالیکلز (Montgomery's follicles = مانٹگومری کے جراب) بھی بیان کئے جا چکے ہیں جو کہ اس وقت ایریولا (ہالیزہ) پر اچھی طرح نمایاں ہوتے ہیں۔

سروکس (عنق) کے ویجائنل (مہبلی) حصہ کا نرم ہونا۔ یہ کیفیت ذرا پیشتر زمانہ میں شروع ہوتی ہے اور عموماً بیسویں ہفتہ تک بخوبی نمایاں ہو جاتی ہے۔ وہ وقت جبکہ یہ بخوبی نمایاں ہوتی ہے مختلف عورتوں میں تغیر پذیر ہوتا ہے لیکن یہ بیسویں ہفتہ میں بہت نمایاں ہوتی ہے اور حمل کی ایک اہم امارت ہے۔

لنیا نائگرا (linea nigra = خط سیاہ)۔ یہ پگمنٹیشن (لونیت) جس کا پہلے حوالہ دیا جا چکا ہے، عموماً بیسویں ہفتہ میں موجود ہوتی ہے کم از کم سیاہ بشرہ والی عورتوں میں۔ بہر کیف
لنیا نائگرا (خط سیاہ) بہت جلد نہایت صاف ظاہر ہو جاتا ہے اور چوبیسویں ہفتہ تک بخوبی نمایاں ہوتا ہے۔ 70

جلدی سٹرایا (striæ = خطوط) سٹرایا گریویڈیرم (striæ gravidarum = خطوط الحمل) جو بیسویں ہفتہ میں ظاہر ہونا شروع ہوتے ہیں۔ جوں جوں حمل ترقی پاتا ہے ان کی جسامت بڑھتی جاتی ہے اور ان کی تعداد میں اضافہ ہوتا جاتا ہے۔

فیونک سوفل (funic souffle = حبلی ہزیز)۔ فیونک سوفل (حبلی ہزیز) کی امارت صرف گاہ گاہ سنائی دیتی ہے۔ یہ ایک تنفخی مرمر (murmur = خریر) ہے جو جنینی قلب کے ہم زمان ہوتی ہے۔ بیان کیا جاتا ہے کہ یہ مسماع الصدر کے ذریعہ صرف اس وقت سنائی دیتی ہے جبکہ حبل پر بلاواسطہ طور پر چیسٹ پیس (chest-piece = صدری ٹکڑے) کا دباؤ ڈالا جا سکے یا یہ جسم جنین کے گرد ذرا کس کے لپٹی ہوئی ہو۔ خیال کیا جاتا ہے کہ اس کا سبب ایک وینی فلوئڈ (veine fluide = سیال ورید) ہے جو حبل کے کسی متضیق حصہ میں بن جاتی ہے۔

امارات و علاماتِ حمل کی تاریخ وار ترتیب

اول چار ہفتوں میں ــ امینوریا (amenorrhea = عدم الطمث) اور پستانوں میں کچھ تکلیف۔

دوسرے چار ہفتوں میں۔ ایمنوریا (عدم الطمث) مارننگ سکنس (morning sickness=صبح کی متلی)، امارت ہیگر (Hegar) اور ایریولا (ہالیزہ) کی پگمنٹیشن (لونیت) کا شروع ہونا۔

تیسرے چار ہفتوں میں۔ ایمنوریا (عدم الطمث)، مارننگ سکنس (صبح کی متلی)، رحم پیلوک برم (pelvic brim=حوضی لگر) تک پہنچتا ہے، ایریولا (ہالیزہ) کی لونیت، پستانوں سے افراز نچوڑا جاسکتا ہے۔ سروکس (عنق) کا نرم ہونا اور سروکس (عنق) اور ویجائنا (مہبل) کی رنگینی۔

چوتھے چار ہفتوں میں۔ ایمنوریا (عدم الطمث)، مارننگ سکنس (صبح کی متلی) غائب ہوتی ہے، رحم امبلائکس (ناف) و پیوبیز (عانہ) کے بالکل بیچوں بیچ واقع ہوتا ہے، ایریولا (ہالیزہ) کی پگمنٹیشن (لونیت)، مانٹگومریز فالیکلز (مانٹگومری کے جراب)، کوئکننگ (quickening=ارتکاض)، یوٹرائن سوفل (uterine souffle=رحمی ہزیز)، بیلاٹمنٹ (ballotement=تہز)، سروکس (عنق) کا نرم ہونا اور ویجائنا (مہبل) کی رنگینی۔

پانچویں چار ہفتوں میں۔ چوتھے چار ہفتوں کے تحت بیان کردہ تمام امارات وعلامات، جنینی قلب کی آوازیں، سیکنڈری ایریولا (secondary areola=ہالیزہ ثانی) رحمی انقباضات، رحم قریب قریب امبلائکس (ناف) تک پہنچا ہے۔

چھٹے چار ہفتوں میں۔ مندرجہ بالا کل علامات، نیز رحم امبلائکس (ناف) کے ٹھیک اوپر ہے۔ سٹرایا گریویڈیرم (خطوط الحمل) لنیا نائگرا (خط سیاہ)۔

ساتویں چار ہفتوں میں۔ رحم امبلائکس (ناف) اور انسی فارم (ensiform=سیفی) کری کے درمیانی فاصلہ کے ایک تہائی جزو پر پہنچ جاتا ہے۔ تمام مثبت امارات، یعنی جنینی قلب، جنینی حرکات، رحمی انقباضات، بخوبی نمایاں ہوتے ہیں۔

آٹھویں چار ہفتوں میں۔ رحم قریب قریب انسی فارم (سیفی) کری تک پہنچ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ فیونک سوفل (funic souffle=حبلی ہزیز) موجود ہو۔

نویں چار ہفتوں میں۔ رحم انسی فارم (ensiform=سیفی) کری تک پہنچ جاتا ہے۔

دسویں چار ہفتوں میں۔ رحم تقریباً اس جگہ پھر گر جاتا ہے جہاں کہ

آٹھویں چار ہفتوں میں پہنچ چکا تھا۔

71

حمل کا کاشفہ

زونڈک (Zondek) اور ایشیم (Aschheim) کا کاشفہ

اگر ناپختہ چوہیوں کے اندر اینٹریر پشوٹری ہارمون (anterior pituitary harmone = مقدمی نخامی ہارمون) کا اشراب کیا جائے تو ان کی اووریز (ovaries = بیضات) بسرعت پختہ ہو جاتی ہیں، فالیکلز (جراب) پک جاتے ہیں اور ان میں متعدد اجسام اصفر بن جاتے ہیں۔ مذکورہ بالا کارکنوں نے معلوم کیا کہ حاملہ عورتوں کے پیشاب میں انٹیریر پشوٹری ہارمونز (مقدمی نخامی ہارمونوں) کی بہت بڑی مقدار پائی جاتی ہے۔ اس امر کو نہایت ہی جلد یعنی دوسرے ہفتہ کے ختم پر حمل شناخت کرنے کے لئے ایک کاشفہ کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ ان کارکنوں کا طرز عمل یہ ہے:۔ ایک ناپختہ چوہی میں ۲ء۱ سے لیکر ۴ء۲ مکعب سنٹی میٹر پیشاب کو چھ حصوں میں تقسیم کر کے ۴۸ گھنٹہ کے اندر اشراب کیا جاتا ہے اور اس کے ۱۰۰ گھنٹے بعد حیوان مذکور کو ہلاک کر دیا جاتا ہے۔ اگر پیشاب کسی حاملہ عورت کا ہے تو اس کا ہارمون (harmone) چوہی کی اووری (بیض) کو ہیجان میں لاتا اور اس میں شدید فعالیت پیدا کر دیتا ہے، جیسا کہ حسب ذیل باتوں سے ظاہر ہوتا ہے:۔

(۱) فالیکلز (جرابوں) کا پختہ ہونا اور ایسٹرس (œstrus = شبق) کا شروع ہونا۔ (۲) اووری (بیض) میں ہیمریجک (hæmorrhagic = نزفی) نقاط کا پیدا ہو جانا۔ (۳) کارپورا لوٹیا اٹریٹکا (corpora lutea atretica = عدیم الثقب جسم اصفر) کا بن جانا۔

حمل کے کاشفہ کی حیثیت سے تعامل نمبر (۱) کی بہ نسبت تعامل نمبر (۲) اور (۳) زیادہ اہم ہیں۔ زونڈک (Zondek) اور ایشیم (Aschheim) کو مذکورہ بالا طرز عمل کو استعمال کرنے سے ۹۸ فی صدی میں مثبت نتائج حاصل ہوئے، اور غیر حاملہ عورتوں اور مردوں کے پیشاب کے عیارات میں ۹۹ فی صدی میں منفی نتائج حاصل ہوئے۔ ٹیکنیک (طرز عمل) ذرا محنت طلب ہے اور اصل (طرز عمل) میں ہر کاشفہ کے لئے پانچ چوہیاں درکار ہوتی تھیں۔

زونڈک (Zondek) اور ایشیم (Aschheim) کے کاشفہ پر فریڈمین

(Friedman) کی ایک ترمیم ہے، جس میں چوہیوں کی بجائے خرگوش استعمال کئے جاتے ہیں
خرگوش میں اوولیشن (ovulation=تبویض) تو فقط مجامعت کے بعد ہوتی ہے، البتہ انٹیریر
پشوٹری ہارمونز (مقدمی نخامی ہارمونوں) کا اشراب کرنے کا اثر حسب سابق ہوتا ہے، یعنی
فالیکلز (جرابوں) کا انشقاق واقع ہوتا ہے، اور کارپورالوٹیا (اجسام اصفر) اور کارپورا
ہیمریجکا (corpora hæmorrhagica=اجسام نزفیہ) کی تکوین ہو جاتی ہے۔ کاشفہ کا اصل
ٹیکنک (طرز عمل) یہ تھا کہ کسی حاملہ عورت کے ۴ مکعب سنٹی میٹر پیشاب کے چھ درون وریدی اشرابات
دو روز کے اندر دئیے جاتے تھے، اور ۴۸ گھنٹہ بعد خرگوش کو ہلاک کر دیا جاتا تھا۔ لیکن یہ
پایا گیا ہے کہ ۵ مکعب سنٹی میٹر پیشاب کا واحد درون وریدی اشراب دینا، اور خرگوش کو ۲۴ گھنٹہ
بعد ہلاک کر دینا بھی ویسے ہی عمدہ نتائج دیتا ہے۔

مذکورہ بالا دونوں کاشفات میں بعض مغالطات مضمر ہیں۔ مثلاً یہ کاشفات اُن
عورتوں کی اصابتوں میں جن میں پرائمری اوویرین فیلیور (primary ovarian failure=
اولی بیضی فشل) ہو، اور نیز ہائپر تھائرائڈزم (hyper thyreidism=بیش درقیت)
یا بڑے اوویرین سسٹز (ovarian cysts=بیضی دویروں) کی اصابتوں میں، اور مینو پاز
(سن یاس) پر مثبت ہوتے ہیں۔ بحیثیت مجموعی فریڈمین (Freidman) کا کاشفہ زیادہ معتبر
خیال کیا جاتا ہے۔

جنین کی موت فی الرحم کو تشخیص کرنے کی غرض کے لئے مذکورہ بالا کاشفات غیر معتبر
ہیں۔ ممکن ہے کہ جنین کی موت کے بعد یہ ایک طویل زمانہ تک مثبت رہیں، لیکن اگر یہ مسلسل
منفی رہیں تو قوی گمان ہے کہ یہ جنین کی موت کی امارت ہیں۔

ولادت علی المیعاد کے بعد مذکورہ بالا کاشفات ممکن ہے دو ہفتہ تک مثبت رہیں اور ایک ہائیڈیٹیڈیفارم
مول (hydatidiform mole=کیسہ نما وحمہ) کے اخراج کے بعد ممکن ہے چھ تا آٹھ ہفتہ کی
مدت تک تعامل مثبت رہے۔ کوریان ایپی تھیلیوما (chorion-epithelioma=سلوی 72
سلعہ سرحلمیہ) میں تعامل مثبت ہوتا ہے، اور یہ تشخیص کا ایک نہایت اہم ذریعہ ہے۔

شعاع نگاری

تقریباً سولھویں ہفتہ کے بعد سے حمل کو تشخیص کیا جا سکتا ہے، اور تواموں کی موجودگی

شناخت کیجا سکتی ہے۔

تفریقی تشخیص حمل

سابقہ بیان سے عیاں ہے کہ ایسی کئی شکلی کیفیتیں ہیں جن میں رسولیاں پائی جاتی ہیں، اور جن پر حمل کا مغالطہ ہو سکتا ہے، یا اس کے برعکس حمل پر اُن رسولیوں کا مغالطہ ہو سکتا ہے۔ حامل رحم میں اور اُن مختلف رسولیوں میں جو حوض سے باہر بلند ہوتی ہیں، فرق کرنا اکثر اوقات ایک نہایت اہم امر ہوتا ہے تاکہ ضروری علاج کیا جائے۔ قدرتاً تشخیص کی مشکلات خصوصیت سے پہلے چوبیس ہفتوں میں پیدا ہوتی ہیں جبکہ قطعی اور ثبت امارات عموماً نہیں پائے جاسکتے۔ اگر جنینی قلب سنائی دیتا ہو اور جنینی حصص محسوس ہوتے ہوں، تو ظاہر ہے کہ کسی دوسرے امارات یا علامات کی ضرورت نہیں، مریضہ یقیناً حاملہ ہے۔ اگر یہ نہ موجود ہوں تو پھر یہ نہایت ہی زور سے بیان کیا جاتا ہے کہ حمل کی موجودگی کے ثابت ہونے کا انحصار اس امر پر ہے کہ کئی علامات اور امارات یکجا واقع ہوں اور ایک علاماتی مخلوط بنائیں، اور وہ علاماتی مخلوط ایسا ہو کہ جو کسی دوسری پیلوک (pelvic = حوضی) یا شکمی رسولیوں کی صورت میں واقع نہ ہو سکتا ہو۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ ایک یا زیادہ امارات وعلامات کی بنا پر تشخیص حمل نہیں کیجا سکتی، جبکہ باقی مساوی الاہمیت امارات وعلامات مفقود ہوں۔ چنانچہ محض امینوریا (عدم الطمث) کی موجودگی کی بنا پر حمل تشخیص نہیں کیا جاسکتا، یا امینوریا (عدم الطمث) کے ساتھ ایک ظاہر شکمی رسولی کی بنا پر نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ ان دو خاص امارات کا ایسا اجتماع اوویرین سسٹ (ovarian cyst = بیضی دویرہ) میں بھی پایا جاتا ہے۔ بخلاف اس کے اگر امینوریا (عدم الطمث)، مارننگ سکنس (صبح کی متلی) شکمی رسولی، پستانی تغیرات اور ویجائنل (مہبلی) رنگینی یکجا ہوں، تو ہمیشہ حمل کی موجودگی بتاتے ہیں، خواہ کوئی ثبت امارات مثلاً جنینی حرکات، یا جنینی قلب نہ بھی ثابت ہو سکیں۔

لیکن فرض کرو کہ مریضہ کو ایک ایسی رسولی ہے جو صرف امبلائکس (ناف) تک پہنچتی ہے۔ عام سوال جو پیدا ہوتا ہے، یہ ہے کہ آیا رسولی حامل رحم ہے، یا اوویرین سسٹ (بیضی دویرہ)، یا رحمی فائبرائیڈ (fidroid = لیفیہ) یا کوئی بھرا ہوا مثانہ ہے۔ یہ حیرت انگیز بات ہے کہ ان چاروں کے مابین کثرت سے غلطیاں کیجاتی ہیں، اور کتنی بار ایسا ہوا ہے کہ غلط تشخیص کی

بنا پر شکم کھول ڈالا گیا، لیکن حامل رحم پایا گیا۔ اگر علامات مخلوط کے متعلق مندرجہ بالا اصول
ذہن میں رکھے جائیں تو یہ غلطی واقع نہیں ہو سکتی۔

تشخیص میں مذکورہ بالا غلطیوں کا خاص سبب یہی ہے کہ مقررہ طریق پر امتحان نہیں ک
جاتا۔ پہلے حمول میں غلطیاں نہایت عام ہیں، اگر ان میں مقررہ طریقہ پر امتحان کیا جائے
پستانوں میں نمایاں تغیرات آشکارا ہوتے ہیں، جو فوراً حمل کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ غلط را
قائم کرنے کا ایک دوسرا سبب، یہ عام مغالطہ ہے کہ اوویرین سسٹ (مبیضی دویرہ) اکثر اوقات 73
ایمنوریا (عدم الطمث) پیدا کرتا ہے۔

اگر اثبت زونڈک اور ایشیم کا کاشفہ، یا ایسی شعاع نگاشت جو کسی جنین کی غیر مشکوک
موجودگی ظاہر کر دے، حاصل نہ ہو تو حمل تشخیص نہ کرنا چاہیئے، تاوقتیکہ حمل کی کوئی قطعی امارت
دستیاب نہ ہو جائے مثلاً اندرونی یا بیرونی بیلاٹمنٹ (نہز) جنین کا جس یا جنینی اصوات قلب
اگر طبیب کو سرگذشت اور علامات و امارات کی بنا پر حمل کی موجودگی کا قوی گمان ہو لیکن
کسی قطعی امارت کی موجودگی کا یقین نہ ہو تو اس پر واجب ہے کہ مریضہ پر اپنا موقف ظاہر
کر دے اور اسے کہے کہ وہ چند ہفتہ کے بعد دوبارہ اس کے پاس آئے۔ مریضہ اس بات کو
تقریباً ہمیشہ پسند کرتی ہے، بلکہ طبیب کی تعریف کرتی ہے کہ یہ آدمی بڑا محتاط ہے اور اس کو بے پرا
تشخیص کی عادت نہیں ہے۔ اس کے برخلاف اگر غلط تشخیص کی جائے جو اس کے لئے غیر ضرو
تکلیف اور اخراجات کا موجب ہو اور اس کی وجہ سے اس کے دوست اس کی ہنسی اڑائیں تو
وہ بہت ناراض ہوتی ہے۔

اوویرین سسٹ (ovarian cyst = مبیضی دویرہ)۔ اگر ایک ہی اوویرین سسٹ
(مبیضی دویرہ) موجود ہو تو یہ بہت شاذ ایمنوریا (عدم الطمث) پیدا کرتا ہے۔ ایمنوریا (عدم الطمث)
صرف ایسی دوہری اوویرین (مبیضی) رسولیوں سے پیدا ہو سکتا ہے جن کی اوویرین (مبیضی)
بافت بالکل تباہ ہو چکی ہو۔ اوویرین (مبیضی) رسولیاں پگمنٹری (pigmentary = لونی)
قسم کے پستانی تغیرات بھی شاذ ہی پیدا کرتی ہیں، اگرچہ یہ فراموش نہ کرنا چاہیئے کہ اگر مریضہ
کے بچہ ہو چکا ہو تو ممکن ہے کہ اس کا ایریولا (ہالیزہ) کسیقدر رنگون ہو جائے اور پستانوں میں
سیال بھی موجود ہو۔ مارننگ سکنس (صبح کی متلی) بھی نہ ہوگی، نہ ویجائنل (مہبلی) رنگینی، نہ سروکس
(عنق) کی نرماہٹ، نہ یوٹرائن سوفل (رحمی ہزیز)، بلکہ حقیقت میں کوئی بھی مثبت امارات نہ ہوگی۔

حامل رحم میں فلکچویشن (fluctuation=تموج) اور تھرل (thril = ذبذبہ) معلوم کر سکنا بھی ایک غیر معمولی امر ہے، [الاّ ایڈرا یمنیاس (hydramnios=کثرت رحل) کی اصابت ہیں] لیکن یہ دونوں امارات اوویرین سسٹز (بیضی دویروں) میں عام ہیں۔ رحمی انقباضات بھی قدرتاً اوویرین سسٹز (بیضی دویروں) میں کبھی نہیں پائے جاتے۔ محتاط بائی مینوئل (bimanual=وودستی) امتحان کرنے سے بہت مرتبہ پایا جائے گا کہ ایک چھوٹا غیر متغیر رحم ہے، جو خاص رسولی سے جدا ہو سکتا ہے۔

رحمی فائبرائڈز (fibroids=لیفیات)۔ یہ جب نرم ہوتے ہیں، تو قریب قریب ان کی وہی پلپلی کثافت ہوتی ہے جو کہ حامل رحم کی ہوتی ہے، مگر ان پر حمل کا دھوکہ نہ کھانا چاہئے۔ عام طور پر ان کے ہمراہ مینوریجیا (menorrhagia=کثرت الطمث) پایا جاتا ہے، لیکن اگر مینوریجیا (کثرت الطمث) نہ ہو تو ان کے ساتھ ہمیشہ طبعی حیض پایا جاتا ہے نہ کہ عدم الطمث۔ یہ پستانی تغیرات یا مبھلی رنگینی، یا مارننگ سکنس (صبح کی متلی) اور یا کوئی مثبت امارت نہیں پیدا کرتے۔ ممکن ہے کہ وہ یوٹرائن سوفل (uterine souffle=رحمی ہمزمہ) پیدا کریں مگر یہ بہت شاذ ہوتی ہے۔ اگر کسی مریضہ کو رحمی فائبرائڈ (fibroid=لیفیہ) ہو، تو اسکو باقاعدہ حیض آتے ہیں، اور اگر یہ مقولہ یاد رکھا جائے کہ حاملہ عورت میں نزف ہو سکتا ہے مگر حیض نہیں آسکتا، تو تشخیصی غلطیوں کے وقوع کا کوئی امکان نہیں ہے۔

74 وہ حمل جس کے ہمراہ رحمی فائبرائڈ (لیفیہ) یا اوویرین سسٹ (ovarian cyst=بیضی دویرہ) پایا جائے۔ جب حمل اوویرین سسٹ (بیضی دویرہ) کی موجودگی سے پیچیدہ ہو جاتا ہے، یا ایسی مریضہ جس کو پہلے سے رحمی فائبرائڈ (fibroid=لیفیہ) ہو، حاملہ ہو جاتی ہے، تو بہت زیادہ مشکلات پیدا ہوتی ہیں۔

اوویرین سسٹ (بیضی دویرہ) اور حمل ایک ساتھ ہونے کی صورت میں، حمل کا علاماتی مخلوط موجود اور غیر متغیر ہوگا۔ لیکن شکم میں دو رسولیاں پائی جائیں گی، اور شاید مثبت امارات حمل موجود ہونے کے وقت تک یہ کہنا کسقدر دشوار ہوگا کہ کونسی رسولی حامل رحم ہے، اور کونسی اوویرین سسٹ (بیضی دویرہ) ہے۔ تاہم یہ معلوم کرنے میں کوئی دشواری نہ ہونا چاہیے کہ مریضہ حاملہ ہے، اگرچہ یہ امر پوشیدہ ہو کہ دوسری رسولی کی نوعیت کیا ہے۔ ممکن ہے کہ دوسری رسولی صرف اوویرین سسٹ (بیضی دویرہ) یا فائبرائڈ (لیفیہ) ہو، لیکن قدرتی طور پر اور شکمی رسولیاں بھی

ایسی ہیں جو حمل میں پیچیدگی پیدا کرسکتی ہیں، جیسے کہ ہائڈرونفروسس (hydronephrosis= استسقاء کلوی)، پینکریاٹک سسٹ (pancreatic cyst= تبلبی دوبرہ)، معائی خبیث رسولیاں، سیکرم (sacrum= عجز) اور آس ان نامی نیٹم (os innominatum= عظم لا اسم لہٗ) کی بالیدیں۔ ان رسولیوں میں ان کی اپنی امتیازی خصوصیات ہوں گی، جن کے تذکرہ کی یہاں ضرورت نہیں۔

اگر حمل ایک یا زیادہ رحمی فائبرائڈز (fibroids=لیفیات) سے پیچیدہ ہو گیا ہو اور مریضہ میں پہلے فائبرائڈز (لیفیات) ہونا معلوم نہ ہو، تو ممکن ہے کہ تشخیص میں عظیم مشکلات پیدا ہو جائیں۔ موخرالذکر صورت میں حیض کا دفعتاً بند ہونا اور ترقی پذیر امارات حمل تشخیص کو کافی واضح کر دیتے ہیں۔ سب سے زیادہ مشکل صورت وہ ہے جس میں بڑا سا فائبرائڈ (لیفیہ) علاوہ حمل کے جس کا پہلے شبہ نہ ہوا ہو، رحم میں نیچے کی جانب پایا جاتا ہے۔

ایسی صورت میں شکمی رسولی کی عجیب خصوصیات ہوتی ہیں۔ امارات حمل کافی واضح ہوتی ہیں اور ممکن ہے کہ لوئر یوٹرائن سگمنٹ (رحم کے قطعۂ اسفل) میں ایک ٹھوس تودہ محسوس ہو جو کم سے کم کچھ وقت کے لئے اصل حمل کی پردہ پوشی کر دے۔ حوضی تودہ کا کلانی پذیر رحم سے مسلسل ہونا اوویرین (بیض) سے یا دیگر خارج از رحم رسولی سے ممتاز کرنے میں کام دیتا ہے۔

متمدد مثانہ ۔ بعض حالات میں حامل رحم ہو تو مثانہ بے حد متمدد ہو جاتا ہے ایسا عموماً تیسرے سے چوتھے ماہ تک ہوتا ہے جبکہ رحم ریٹروورٹڈ (retroverted=پس گردیدہ) ہوتا ہے۔ امارات وعلامات حمل موجود ہوتی ہیں، مریضہ پیشاب نہ کرسکنے کی شکایت کرتی ہے، یا ممکن ہے ڈربلنگ آف یورین (dribbling of urine= تقطیر البول) ہو [تمدد مثانہ اور اوورفلو: overflow= چھلکاؤ] مریضہ موخرالذکر حالت کو "بار بار پیشاب ہونا" بتا کر ممکن ہے کہ نادانستہ طور پر مغالطہ میں ڈال دے، ایسی مثال میں صورت حالات بہت خصوصی ہوتی ہے اور قاثاطیر (catheter) ڈالنے سے تشخیص فوراً واضح ہو جائے گی۔

سوڈوسائی سس (pseudocyesis= حمل کاذب) 75

یہ نام دیا گیا ہے اس عجیب حالت شکم کو جو سپوریس پریگننسی (spurious pregnancy= جھوٹے حمل) یا فینٹم ٹیومر (phantom tumour= وہمی رسولی) کے نام سے مشہور ہے۔ ایسی

حالت میں عورت اپنے کو حاملہ خیال کرتی ہے، عموماً اس لئے کہ وہ اولاد کی آرزومند ہوتی ہے۔ یہ حالت ضروری نہیں کہ صرف بانجھ عورت میں ہی واقع ہو، بلکہ اُن عورتوں میں بھی جن کے بچے ہو چکے ہوں واقع ہو سکتی ہے۔ مینوپاز (menopaus = سن یاس) کے قریب اس کے واقع ہونے کا بہت زیادہ امکان ہے، مگر یہ بہت کم سن عورتوں میں بھی جو بچے کی آرزومند تھیں دیکھی گئی ہے اور شاذونادر اُن عورتوں میں بھی پائی جاتی ہے جو اپنے شوہروں کو دیدہ ودانستہ دھوکہ دینے کی کوشش کرتی ہیں، اور حاملہ ہونے کا بہانہ کرتی ہیں۔ عموماً یہی ہوتا ہے کہ دیدہ و دانستہ فریب دہی کا چنداں سوال نہیں ہوتا، بلکہ عورت اپنے حاملہ ہونے کا ایمانداری سے یقین رکھتی ہے۔

ان اصابتوں کی روداد ممکن ہے واقعی میں امکانی حمل کی طرف اشارہ کرے، یعنی ایمنوریا (عدم الطمث) اور مارننگ سکنس (صبح کی متلی) موجود ہو۔ یہ خیال رکھنا چاہیئے کہ یہ دونو علامتیں، حمل سے قطعاً علیحدہ، مرضیاتی حالات کے سبب سے بھی ہو سکتی ہیں، اور کوئی وجہ نہیں کہ ایک ایسی عورت کو جو مینوپاز (سن یاس) کی وجہ سے ایمنوریا (عدم الطمث) کی حالت میں ہے، بوجہ کسی قسم کے سوء ہضم کے، صبح کی متلی نہ ہو۔

مگر عموماً ایسا ہوتا ہے کہ روداد فوراً کچھ بے ربطی ظاہر کرتی ہے، مثلاً یہ ایک بالکل عام امر ہے کہ ایک حمل کاذب ہو اور حیض باقاعدہ طور پر طبعی ہو، جس سے فوراً یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کم ازکم اس رسولی کا سبب حمل نہیں ہے۔ دوسری صورتوں میں درانحالیکہ مریضہ کہتی اور یقین کرتی ہے کہ وہ سات یا زیادہ ماہ کی حاملہ ہے، لیکن صرف ایک دو ماہواری "ایام" ناغہ ہوئے ہوتے ہیں۔ حمل نہ ہونے کی صورت میں قوکننگ (quickening = ارتکاض) کا واقع ہونا بیان کیا گیا ہے۔ غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ فلیٹولنس (ریحیت) اور معائی حرکات ہوتی ہیں اور ان احساسات کی غلط تعبیر کی جاتی ہے۔ پستانی تغیرات کا اشتباہ اس طرح ہوتا ہے کہ چربی کے جمنے کے باعث کلانی پیدا ہو جاتی ہے اور مزمن لختکی التہاب پستان کی وجہ سے دردانگیز احساسات ہوتے ہیں۔ ان امکانی تناقضات سے قطع نظر کیا جائے تو ممکن ہے کہ سرگذشت ایسی ہو کہ مریضہ کا اپنے آپ کو حاملہ باور کرنا بالکل معقول اور جائز ہو۔

دو فینٹم (phantom = وہمی) رسولی" اس طرح ظاہر ہوتی ہے کہ ایک شکمی کلانی ہو جاتی ہے جس کی جسامت تقریباً کسی درجہ تک ہو سکتی ہے۔ بعض شکم دیکھنے میں واقعی پورے دن کے حمل کی جسامت کے معلوم ہوتے ہیں، لیکن ویسی شکل کبھی دکھائی نہیں دیتی کہ جیسی شکمی رسولی اور

[illegible] تقریباً ۳ فی صدی ہے۔ یہ عدد یقینی زیادہ ہونا چاہیئے کیونکہ

میں سے حامل رحم کی دکھائی دیتی ہے ۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ایک یکساں طور پر متمدد شکم ہے، جو گویا باریطونی کہفہ میں ہوا بھرنے سے پھول گیا ہے ۔ امتحان کرنے پر شکم ہر جگہ گمک دار ہوتا ہے اور اس میں کوئی ٹھوس ورم محسوس نہیں ہو سکتا ۔

بائی مینوئل (دودستی) امتحان کرنے سے بعض اوقات رحم بالکل آسانی سے محسوس ہو سکتا ہے، اور بڑھا ہوا نہیں ہوتا، لیکن بعض صورتوں میں شکم کا انتہائی تمدد رحم کو محسوس ہونے نہیں دیتا۔ تاہم سروکس (عنق) کی نرماہٹ یا ہیبل کی رنگینی نہیں پائی جاتی ۔

76 اگر رحم بڑھا ہوا محسوس نہ ہو سکے تو یہ امر طے شدہ ہے کہ مریضہ حاملہ نہیں ہے۔ لیکن اگر رحم کا جس قابل اطمینان نہ ہو تو حمل کا سوال یا تو عام اسباب کی بنا پر طے کیا جاتا ہے، جبکہ یہ عام طور پر روداد اور شکمی گمک کی بنا پر طے ہوتا ہے، یا ایک انیس تھیٹک (anæsthetic = معدم حس) دینا چاہیئے، جبکہ رسولی غائب ہو جائے گی ۔ اگر مریضہ کی طرف سے بہت اصرار ہو تو قرین مصلحت ہے کہ شوہر یا کوئی رشتہ دار دوران انیس تھیسا (anæsthesia = عدم حسیت) میں موجود رہے، تاکہ اس کو رسولی غائب ہونا دکھایا جائے ۔

اب سوال یہ ہے کہ فینٹم (وہمی) رسولی کا سبب کیا ہے اور انیس تھیسا (عدم حسیت) کے تحت یہ غائب کیوں ہو جاتی ہے ۔ جواب :۔ رسولی کا سبب ڈایا فرامی انقباضات ہیں جو شکم کے اندر کی چیزوں کو نیچے کی جانب دباتے ہیں، اور مرتخی شکمی دیواروں کو آگے کی جانب ابھارتے ہیں ۔ حقیقت یہ ہے کہ عورت یا مرد کوئی بھی ہو دونوں ارادی طور پر شکم کا ابھار پیدا کر سکتے ہیں، اور اگر کسی عورت کی شکمی دیواریں سابقہ حمول سے مرتخی ہوں تو وہ بہت بڑا شکمی ورم پیدا کر سکتی ہے ۔ انیس تھیسا (عدم حسیت) کے تحت ڈایا فرامی (diaphragmatic) انقباض بتدریج مرتخی ہوتا ہے، اور شکم چپٹا اور ڈھیلا ہو جاتا ہے ۔

ممکن ہے کہ یہ خیال کیا جائے کہ یہ ڈایا فرامی تشنج درحقیقت ارادی ہوتا ہے، لیکن بلاشبہ یہ ارادی ہرگز نہیں ہوتا ۔ اس عظیم ورم کے پیدا کرنے کے لئے کہ جو نظر آتا ہے، اتنی عضلاتی کوشش کی ضرورت ہے جکو کوئی شخص جاری نہیں رکھ سکتا ۔ یہ بعینہٖ اسی قسم کی حالت ہوتی ہے جیسی کہ کسی مفصل کی ہسٹریائی تثبیت ۔ ایک ذہین مریضہ جس کو یہ حالت سمجھائی جا سکتی ہے، اگر چاہے تو ڈایا فرام کو مرتخی کر سکتی ہے اور شکم کو چپٹا کر سکتی ہے ۔ محض اس امر کی ضرورت ہے کہ ڈایا فرام کے ذریعہ قدرتی سانس لیا جائے اور ڈایا فرام کی تثبیت کر کے صرف کاسٹل بریدنگ

costal breathing=ضلعی تنفس) نہ کیا جائے۔

بعض اوقات خواہ کچھ بھی کہا جائے یا کیا جائے، عورت کو یقین ہی نہیں آتا کہ وہ حاملہ نہیں ہے۔ ایسی صورت میں مریضہ سے ہم صرف یہ کہہ سکتے ہیں کہ وہ لاشعاعی امتحان کروائے یا مفروضہ پوری مدت حمل تک انتظار کرے۔ اگر وہ اس پر بھی مطمئن نہ ہو تو سمجھنا چاہیئے کہ وہ ایک اختباط میں مبتلا ہے۔

77

باب ہفتم

قبل الولادتی ہائجین (hygiene= اصول صحت)

طبعی حمل ایک فعلیاتی کیفیت ہے۔ لہٰذا اگر فرض کیا جائے کہ ایک عورت کا طرزِ رہائش صحت بخش ہے تو اس طرز کو تبدیل کرنے کا مشورہ دینے کی بالکل ضرورت نہیں۔ مگر یہ ہمیشہ یاد رکھنا چاہیے کہ اس زمانہ میں جسم کے مختلف اعضاء پر زائد بار پڑتا ہے، بالخصوص پرمی گریویڈا (primigravida= اولیں حاملہ) کی صورت میں۔ لہٰذا ایک حاملہ عورت کو اس غرض سے کہ اس کے آرام میں اضافہ ہو اور اس کی صحت بگڑنے کا امکان کم ہو مشورہ دینا ضروری ہے۔ اس کے علاوہ ہر حاملہ عورت کا جو تقریباً ۳۵ ہفتہ کی حاملہ ہو بچے کی پریزینٹیشن (presentation= تطریق) اور بچہ کی وضع، اور سر اور حوض کی اضافی جسامتیں دریافت کرنے کیلئے امتحان کرنا ضروری ہے۔ پرمی گریویڈا (primigravida= اولیں حاملہ) کی صورت میں یہ زیادہ خالی از خطر ہوگا کہ جوں ہی اس کو پہلی مرتبہ دیکھا جائے اس کے پیلوس (حوض) کی جسامت دریافت کرنے کی غرض سے پیلوس (حوض) کا امتحان کر لیا جائے۔

پرمی گریویڈا (اولیں حاملہ) عورت کو زیادہ خصوصیت سے حسب ذیل امور کے متعلق مشورہ دینا چاہیے۔

پوشاک۔ کمر پر پیٹی کوٹز (petticoats= چولی) اور اسکرٹز (skirts= لہنگے) کے بندوں کا زور سے دباؤ نہ پڑنا چاہیے، اور کارسٹس (corsets= انگی) اگر پہنی جائیں تو پستانوں پر دباؤ نہ ڈالیں، اور وہ ایسی بنانا چاہئیں کہ حمل کی ترقی کے ساتھ ڈھیلی کی جا سکیں۔

بعض عورتوں کو بغیر کارسٹس (corsets=انگی) کے بہت زیادہ آرام ملتا ہے، جبکہ پیٹیکوٹ (چولی) اور اسکرٹس (لہنگے)، کاندھوں پر معلق ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت یہ طریقہ سب سے عمدہ ہے، مگر زمانہ حاضرہ کی متمدن عورت اس کو ممنوع سمجھتی ہے۔ اگر عورت کا پیٹ لٹکا ہوا ہو، جو ملٹی پیرا (multipara=کثیر الولادت عورتوں) میں غیر معمولی نہیں ہے، تو ایسی پیٹی منگوانا چاہیے جو ٹھیک ٹھیک بیٹھ جائے۔ چونکہ قلب، پھیپھڑوں، جگر اور گردوں کو زائد کام کرنا پڑتا ہے، لہذا چست لباس کی قسم کی ہر اس شے سے پرہیز کرنا چاہیے جو اُن کے افعال میں رکاوٹ پیدا کرتی ہو۔ اگر عموماً گارٹرز (garters) استعمال ہوتے ہیں، تو اُن کے بجائے سس پینڈرز (suspenders) استعمال ہوں۔ اور اگر باوجود اس کے عورت کی ٹانگ کی وریدیں ویری کوسس (varicose=دوالی نما) ہونے پر مائل ہوں تو بہ احتیاط اُن پر پٹیاں باندھ دینا چاہیے۔ انڈر کلوڈنگ (underclothing=زیر جامہ) کے لئے بہترین شے اُون ہے۔

78 **غذا** ۔ ایک حاملہ عورت کو بہ نسبت ایک غیر حاملہ عورت کے، ذرا زیادہ تغذیہ کی ضرورت ہوتی ہے، اور بیشتر صورتوں میں وہ اتنا کھا بھی لیتی ہے۔ اُس کے لئے یہ بہتر ہے کہ دن میں صرف ایک بار گوشت کھائے، اور اسے چاہیئے کہ خارج ہونے والے فاضل حاصلات کی مقدار کم کرنے کی غرض سے مرغن، ناقابل ہضم اور نہایت مسالہ دار غذاؤں سے پرہیز کرے۔ گردوں سے اخراج کو امداد کرنے کی غرض سے اُسے بہت سا پانی پینے کی ترغیب دینی چاہیئے۔ الکحل سے اجتناب کرنا بہتر ہی ہے۔ لیکن اگر مریضہ الکحل کے پینے پر اصرار کرے، تو اُسے یہ مشورہ دینا چاہیئے کہ اس میں سخت اعتدال سے کام لیا جائے۔

ورزش ۔ حاملہ عورت کا فطرتی رجحان، بالخصوص جوں جوں پورے دن قریب ہوتے ہیں، یہ ہوتا ہے کہ معمول سے زیادہ آرام لیا جائے، لیکن اس خواہش کو ایک حد تک روکنا چاہیئے۔ کیونکہ یہ ضروری ہے کہ مریضہ روزانہ کثرت سے تازی ہوا حاصل کرے، اور پیدل چلنے کی ورزش کیا کرے، نہ صرف اس لئے کہ دوران حمل میں اس کی تندرستی قائم رہے، بلکہ اس لئے بھی کہ وہ مزید عضلاتی کوششوں کے قابل ہو جائے جو اُسے وضع حمل کے وقت کرنی پڑیں گی۔ البتہ شدید قسم کی ورزشوں سے اجتناب کرنا چاہیئے کیونکہ ابارشن (abortion=اسقاط) کا خطرہ ہے۔ چنانچہ ایسی تفریحات جیسے ٹینس (tennis)، ناچ، گھوڑے کی سواری سے اجتناب بہترین امر ہے، خاص طور پر ابتدائی مہینوں میں۔ لیکن وہ کراکی (croquet) جو بعض

عورتوں کے بہت موافق ہے اور میشی (machie) کے کھیل میں جس میں تھوڑا اچھلنا چاہیئے، حصہ لے سکتی ہے۔

خاص طور پر اُس زمانہ میں جبکہ طبعی طور پر "ایامِ" ظاہر ہوتے ہوں، شدید قسم کی ورزشوں سے پرہیز کرنا چاہیئے، کیونکہ بلاشبہ اس وقت ایبارشن (اسقاط) کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔ اگر مریضہ کو سمندر میں نہانے یا تیرنے کی عادت ہو، تو اسے گرم موسم میں اعتدال کے ساتھ ایسا کرنے کی اجازت دیجاسکتی ہے۔

اگر کسی سبب سے عورت پیدل چلنے کی ورزش کے ناقابل ہو، تو اُسے چاہیئے کہ روزانہ مالش کرائے، اور سکون کے ساتھ موٹر کار یا گاڑی میں ہواخوری کو جائے، بشرطیکہ حالات اس کی اجازت دیں۔

غسل — اُن عورتوں کو جن کی نظر میں روزانہ غسل کا مشورہ گستاخی کے برابر نہ ہو، روزانہ غسل کی تاکید کرنی چاہیئے۔ صابن کا آزادانہ استعمال مسامات جلد کو کھلا رکھکر پسینے کے اخراج میں مدد دیتا ہے۔ بعض حاملہ عورتیں نہانے کے بعد تھکن کی شکایت کرتی ہیں۔ اس صورت میں اُن کے لئے بہتر ہے کہ رات کو نہائیں اور اُس کے بعد سیدھی بستر پر چلی جائیں۔ ولوا (فرج) کو صاف رکھنے کا خاص خیال رکھنا چاہیئے۔

آنت کے فعل کی باقاعدگی — بیشتر حاملہ عورتوں میں ایک تکلیف دہ پیچیدگی، قبض ہوتی ہے۔ جس طرح ممکن ہو کسی صورت میں قبض نہ ہونے دینا چاہیئے، کیونکہ بلاشبہ دوران حمل میں قبض سے ٹاکسیمیا (toxæmia = تسمم الدم) کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ طاقتور مسہلات سے پرہیز کرنا چاہیئے، کیونکہ اُن سے ایبارشن (abortion = اسقاط حمل) ہونے کا امکان ہے۔ اگر غذا کی طرف، جس میں بہت سی ترکاریاں اور تازہ پھل شامل ہونا چاہیئے، توجہ دینے سے یقینی طور پر روزانہ ٹھیک اجابت ہو جائے، تو ٹھیک اور اچھا ہے، ورنہ ہلکے ملینات سے جیسے کیسکرا سیگریڈا (cascara segrada)، لائکرس پوڈر (liquorice powder = ملٹھی کا سفوف) کانفیکشیو سینا (confectio senna = معجون سنا) یا انفیوژن آف سینا پاڈز (infusion of senna pods = سنائی پھلیوں کا خیساندہ) تجویز کرنا چاہیئے۔ پریفین (parraffin) کا تجویز کرنا بھی فائدہ مند ہے۔

نیلز (بھٹنیوں) کا علاج۔ صفحہ 528 پر اس پر غور کیا گیا ہے۔

مارننگ سکنس (صبح کی متلی) ۔ پرمی گریویڈا (primigravida= اولیں حاملہ عورت) میں متلی یا قدرے مالش اسقدر عام ہے کہ حاملہ عورتیں یہ تصور کرنے لگی ہیں کہ یہ ان کے حاملہ ہونے کا ایک طبعی نتیجہ ہے۔ اس کا علاج صفحہ 120 پر بیان کیا گیا ہے۔

امتحان قارورہ ۔ اول آٹھ ماہ میں حاملہ عورت کے قارورہ کا مہینہ میں ایکبار امتحان کرنا چاہیئے، اور نویں مہینہ میں دو ہفتہ میں ایک بار اور دسویں مہینہ میں اس کا ہر ہفتہ امتحان کرنا چاہیئے۔ البیومن یوریا (albuminuria= البیومن بولیت) کے اولیں مظاہر کا پتہ صرف قارورہ کے محتاط اور مکرر امتحان سے ہی چل سکتا ہے۔ چنانچہ اس احتیاط کو نظر انداز کرنے سے بہت سی عورتوں کی جانیں ضایع ہوگئی ہیں۔ اگر قارورہ کی روزانہ مقدار میں تخفیف ہو تو اس کی طرف سرسری سے زیادہ توجہ کرنا چاہیئے۔

نروس سسٹم (nervous system= عصبی نظام)۔ حاملہ عورت کو جہاں تک ممکن ہو ہر قسم کے فکر و اضطراب سے محفوظ رکھنا چاہیئے۔ اگر بیخوابی، جو اکثر اوقات کسی قدر تکلیف دہ پیچیدگی ہوتی ہے، کافی شدید ہو تو اس کا علاج مناسب منوّم ادویہ سے کیا جا سکتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات یہ دیکھا جائے گا کہ تبدیل آب و ہوا یا موٹر کار میں سکون کے ساتھ ہوا خوری کرنا، بشرطیکہ مریضہ کے حالات اس کی اجازت دیں، ہپ ناٹکز (hypnotics= منوّمات) کی ضرورت کو کالعدم کردے گا۔ اکثر اوقات مالش بھی مفید ہوتی ہے۔

اگرچہ علم الولادت کی کتابوں میں اب تک یہ دستور رہا ہے کہ مضمون انصرام حمل اور قبل الولادتی ہائجین (hygiene= اصول صحت) کے لئے ایک علٰحدہ باب وقف کیا جائے، تاہم گزشتہ زمانہ میں اس امر پر کافی زور نہیں دیا گیا کہ اس مضمون کی اہمیت بہت دوررس ہے۔ لہٰذا اس کتاب کی طبع موجودہ میں قبل الولادتی علاج پر ایک خاص مضمون شامل کیا گیا ہے اور امید کیجاتی ہے کہ طلبا کی طرف سے، اور اپنے وقت پر خود ماؤں کی جانب سے اسکی بہتر قدر دانی کی جائے گی، اور اطبا اسے زیادہ سائنٹفک نظر سے دیکھیں گے۔

صرف چند حقایق پر غور و خوض کرنے سے معلوم ہو جائے گا کہ اس مسئلہ کی قومی نقطۂ نظر سے کیا اہمیت ہے۔ یہ اندازہ کیا گیا ہے کہ تمام انگلستان اور ویلز میں سٹل برتھز (still-births= مردہ ولادتوں) کی، یعنی یوں کہا جائے کہ حمل کے اٹھائیسویں ہفتہ کے بعد اموات کی، اعلان شدہ تعداد تقریباً ۴ فی صدی ہے۔ یہ عدد یقینی زیادہ ہونا چاہیئے، کیونکہ

غیر اعلان شدہ واقعات کو بھی شامل کرنا چاہئیے ۔ اگر ہم فرض کریں کہ ہر ایک سٹل برتھ (مردہ ولادت) کے پیچھے چار ایبارشنز (اسقاط) ہوتے ہیں (جو کہ متوسط اندازہ ہے کیونکہ بعض اضلاع کے لئے یہ عدد بہت کم ہے) تو یہ اغلب ہے کہ ہر نو پیدائیشوں کے پیچھے ایک قبل الولادتی موت ہوتی ہے' جو کہ کمترین ممکن اندازہ ہے۔

اب اگر ان اعداد میں اُن اطفال کی تعداد بھی جو پہلے سال میں فوت ہو جاتے ہیں اور جو انگلستان (England) اور ویلس (Wales) کے لئے فی ہزار پیدائش ۹۵ کی تعداد رکھتے ہیں' شامل کرلی جائے' کیونکہ یہ بھی جزئی طور پر قبل الولادتی خراب حالات کا ہی نتیجہ ہوتا ہے' تو معلوم ہوتا ہے کہ قومی نقصان کسقدر عظیم ہے' قطع نظر اس امکانی نقصان کے جو کہ استقرار حمل کی مصنوعی روک تھام سے واقع ہوتا ہے۔

ان خطرات کا جو کہ غیر مولود بچہ کو درون رحمہ کی نو ماہ کی زندگی میں ہوتے ہیں یا بعد میں دوران پیدائیش میں پیش آتے ہیں' ایک بہت بڑا حصہ ایسا ہے جو قابل انسداد ہے۔

اس کے علاوہ دوران ولادت میں بہت سے اُن خطرات سے' جو کہ جنین کی میلپوزیشن (mal-position=وضع ناقص) یا کانٹریکٹڈ پیلوس (contracted pelvis = منقبض حوض) کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں' بچایا جا سکتا ہے' اور بہت سی مثالوں میں وقت پر مداخلت کرنے سے اُن کی روک تھام کی جا سکتی ہے' جس سے درون ولادتی جنینی نقصان کم ہو جاتا ہے' اور ماں کو سرایت اور مضرت کا خطرہ گھٹ جاتا ہے۔

مندرجہ بالا امور پر جتنا بھی زور دیا جائے کم ہے۔ قبل الولادتی علاج میں ہمارا یہ نصب العین ہونا چاہئیے کہ بیان کردہ معلومات کی نشر و اشاعت کی جائے' اور حتی الوسع خطرات کے کم کرنے میں ماں اور بچہ دونوں کی امداد کی جائے۔

پس' مذکورہ بالا نقطۂ نظر سے قبل الولادتی تحقیقات' طب تحریزی کا ایک حصہ ہے اور اس کا مقصد یہ ہے کہ ماں کو دماغی اور جسمانی تندرستی کی حالت میں رکھا جائے' ماں کے حمل کو پورے دن تک محفوظ رکھا جائے' وضع حمل میں جو مشکلات اور پیچیدگیاں پیدا ہوتی ہیں اُن کو رفع کیا جائے' بچہ یقینی طور پر زندہ اور تندرست پیدا ہو' اور ماں کو بچہ کے پالنے میں مدد دی جائے۔

لہٰذا اگر طبیب کسی زچگی کی اصابت کا ذمہ لے تو اس کو یہ بتانا واجب ہے کہ یہ ضروری ہے کہ ماں اور بچہ دونوں کی بہبودی کے لئے مریضہ کا امتحان کیا جائے' اور ماں کو عین وضع حمل تک

زیر نگرانی رکھا جائے۔ ممکن ہے کہ اعتراضات اٹھائے جائیں جو سمجھا بجھا کر اور چند ملائم الفاظ کے ذریعہ دور کئے جا سکتے ہیں۔ اکثر اوقات، ہم مریضہ کو یقین دلا سکتے ہیں کہ کسی غیر طبعی حالت کی کوئی علامت نہیں ہے، اور یہ کہ وہ غیر پیچیدہ زچگی کی امید کر سکتی ہے۔ اس سے مریضہ پریشانی میں کمی محسوس کرتی ہے، اور اگر اسے کوئی تکلیف یا بے آرامی پہنچائی گئی ہو تو اس کی کافی تلافی محسوس کرتی ہے۔ بخلاف اس کے اگر کوئی غیر طبعی حالت پائی جائے، مثلاً قارورہ کی حالت میں پرولنٹ (purulent=قیحی) پیپلی رطوبت موجود ہو، یا جنین کی میلپوزیشن (malposition= ناقص وضع) یا کانٹریکٹڈ پیلوس (contracted pelvis=منقبض حوض) ہو تو علاج ایک نہایت موافق اور اول ترین لمحہ پر شروع ہو سکتا ہے، اور اس مصیبت کا جو کہ بعد میں پیش آ سکتی ہے سد باب کیا جا سکتا ہے۔

تحقیقات باقاعدہ طور پر کرنی چاہیئے۔ پہلے مریضہ کی روداد معلوم کرنا چاہیئے۔ یہ جاننا ضروری ہے کہ آیا اس کو سکارلٹ فیور (scarlet fever= تپ قرمزی)، رومیٹک فیور (rheumatic fever= تپ رثیتی)، یا کوریا (chorea= داءالرقص)، یا مزمن مرض گردہ ہوا ہے یا نہیں۔

اگر وہ پہلے حاملہ رہ چکی ہے تو اس سے دوسرا سوال یہ کرنا چاہیئے کہ اس کے سابقہ حمل اور وضع حمل کی تفصیلات کیا ہیں، کیونکہ یہ نہایت قیمتی معلومات بہم پہنچا سکتی ہیں۔ مثلاً بار بار ابارشن (abortion= اسقاط) کی اور بار بار پیش از میعاد وضع حمل کی روداد اور خاص طور پر مردہ اور میسریٹڈ (macerated= تطعین شدہ) جنینوں کا پایا جانا، سفلس (syphilis= آتشک) یا مزمن مرض گردہ کی طرف اشارہ کرتا ہے۔ اسیطرح البیومن یوریا (albuminuria= البیومن بولیت) اڈیما (œdema= تہبج) اور کانولشنز (convulsions= تشنجات) کی روداد، سابقہ ٹاکسیمیا آف پریگننسی (toxæmia of pregnancy= حمل کا تسمم دموی) ظاہر کرتی ہے، اور اس کے لئے خاص احتیاطوں کی ضرورت ہے۔

سابقہ وضع الحملوں کی قبالتی روداد اس امر کی ایک نہایت اہم رہنما ہے کہ آئندہ وضع الحملوں میں کیا توقع کی جا سکتی ہے۔ اگر مریضہ کا وضع حمل طویل ہوا ہو، اس میں انیس تھیسیا (عدم حسیت) کی ضرورت پڑی ہو، ولادت بذریعہ آلات ہوئی ہو اور شاید نتیجۃً مردہ یا ضرر رسیدہ بچہ پیدا ہوا ہو یا جو بچہ پیدا ہوا وہ تھوڑی ہی دیر بعد انٹراکریینیل (intracranial= درون جمجمی) تفرّ سے

مر گیا ہو تو نہایت اغلب ہے کہ اس میں کوئی پیلوک کانٹریکشن (pelvic contraction= حوضی انقباض) عظمی تشوہ ہے۔ سابقہ حمول اور وضع الحملوں میں بار بار میلپوزیشن (ناقص وضع) ہونے کی روداد بھی اسی حالت کی طرف اشارہ کرے گی۔

پیدائش کے وقت بچہ کے وزن کے متعلق کیا معلومات ہیں، اور نیز جنینی سر کا محیط کیا ہے جو پیدائش کے فوراً ہی بعد ناپنا چاہئے قبل اس کے کہ مولڈنگ (moulding= تصباغ) اس کو تبدیل کر سکے۔ ان کو بہت ہی اہمیت دینی چاہئے کیونکہ یہ اس امر کا کہ پیلوس (حوض) میں گنجایش کتنی ہے اور پیدائش کے لئے عظمی قنال کی شکل کیا ہے، بہترین رہنما ہیں۔

یہ جاننا بھی ضروری ہے کہ آیا بچوں کو چھاتیوں سے دودھ پلایا گیا تھا یا شیشی سے، اور آیا وہ زندہ رہے تھے یا نہیں اور اگر بعد میں مر گئے تو ان کی موت کا سبب کیا تھا۔ اگر مریضہ سابقہ وضع الحملوں کے بعد اپنے بچوں کو دودھ نہ پلا سکی ہو، یا صرف تھوڑی مدت تک پلا سکی ہو تو ایسی صورتوں میں اکثر اوقات اُس کے بچوں کو چھاتیوں کا دودھ پلوانے کے لئے خاص توجہ دیجاتی ہے، اور ناکامی رضاعت کا سدباب کیا جاتا ہے۔ اگر سابقہ بچے دست اور قے کی وجہ سے مر گئے ہوں تو ماں کو اپنے بچہ کی غور و پرداخت کی تعلیم دیجاتی ہے اور وضع حمل کے بعد اُس کی اور اُس کے بچے کی نگرانی کی جاتی ہے، اور آئندہ موقعہ پر دستوں اور قے کی روک تھام کیجاتی ہے۔

پھر اس کے موجودہ حمل کی روداد کی تحقیقات کرنا چاہئے کہ اُس کے گزشتہ باقاعدہ ایام حیض کی تاریخ کیا ہے، اور کوئی غیر طبعی علامات تو نہیں ہیں۔

پھر عام امتحان کیا جاتا ہے۔ قد و قامت، نوچال، اور تشوہ کا لحاظ کیا جاتا ہے۔ قلب اور پھیپھڑوں کا امتحان کیا جاتا ہے کہ ان میں کوئی مرض ہے یا نہیں، اور سایانوسس (زراق) اور سانس پھولنے پر نظر کیجاتی ہے۔ تھائرائیڈ (thyroid = درقی) کو اس میں امارات کلانی دریافت کرنے کے لئے جس کیا جاتا ہے، اور پپوٹوں، ہاتھوں اور ٹخنوں کو اڈیما (تہبیج) کے نشان کے لئے غور سے دیکھا جاتا ہے۔ قارورہ کا امتحان خصوصیت سے البیومن (albumin) کاسٹز (casts = سانچے) ریم اور شکر کے لئے کیا جاتا ہے۔ پیشاب کا یہ امتحان
جلد جلد اور باقاعدہ وقفوں پر کرنا چاہئے (دیکھو صفحہ 79) اور اُن صورتوں میں جن میں البیومن 82
یوریا (albuminuria = البیومن بولیت) کا واقع ہونا پایا جائے، تحقیقات دوسرے

طریقوں سے بھی کرنا چاہیئے (دیکھو باب نہم)۔

یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ مریضہ کی صحت کو حتی الامکان اعلیٰ ترین درجہ تک لانا چاہیئے' اور اس حالت کے خلاف جو اسے گھٹائے تحفظ کرنا چاہیئے۔ دوران حمل میں اور حمل کے بعد دانتوں کے بوسیدہ ہونے کا امکان ہوتا ہے' لہٰذا اُن کا معائنہ کرنا چاہیئے' اور اگر ضرورت ہو تو اچھی طرح ان کی چھان بین کرنا چاہیئے۔ اس کی ضرورت صرف عام صحت کے قیام کے لئے ہی نہیں' بلکہ اس وجہ سے بھی ہے کہ سپٹک (septic = عفونت زدہ) دانت اور مسوڑھے بعد میں منبع سرائیت بن سکتے ہیں۔ نہ صرف دانت اور مسوڑھے' بلکہ ٹانسلز (tonsils = لوزوں) اور فاسیز (fauces = حلقوم) کے بھی امتحان کی ضرورت ہے' ممکن ہے کہ ان میں سٹرپٹوکاکی (streptococci = نبقات سبحیہ) موجود ہوں۔

امتحان عمومی میں مریضہ کی دماغی اور عصبی حالت کا اندازہ بھی کرنا ضروری ہے۔ حاملہ عورتوں میں یہ بالخصوص امکان ہوتا ہے کہ وہ عصبانی ہوتی ہیں' یا ڈرتی رہتی ہیں کہ ان کو تکلیف ہوگی۔ اس ڈر کو کم کیا جا سکتا بلکہ دور کیا جا سکتا ہے۔

پھر طریق معمولہ پر پستان' شکم اور پیلوس (حوض) کا مقامی امتحان کیا جاتا ہے۔ یہ کہا گیا ہے اور ٹھیک کہا گیا ہے کہ اگر کوئی طبیب پیلوی میٹری (pelvimetry = حوض پیمائی) کو نظرانداز کردے' تو اس کی مثال اس شخص کی سی ہے جو بغیر استماع اور قرع کے ریؤی امراض کے علاج کی کوشش کرے۔ عام طور پر بیرونی پیمائشیں کافی ہوتی ہیں۔ لیکن اگر یہ اوسط سے چھوٹی ہوں یا ان کے طبعی ہونے کے باوجود پہلے حمل کے آخر ماہ میں سر انگیجڈ (engaged = مرتبط) نہ ہوتا ہو تو داخلی امتحان کی ضرورت ہے۔ محض پیلویمیٹری (حوض پیمائی) کافی نہیں ہوتی کیونکہ یہ دوسرے نامعلوم عوامل یعنی جنینی سر کی جسامت کو ملحوظ نہیں رکھتی۔ جو امر زیادہ اہم ہے وہ جنینی سر کی جسامت اور ماں کے حوض کی جسامت کا درمیانی تناسب ہے' اور ان معنوں میں بہترین حوض پیما سر ہے۔ ہمارے پاس بچے کے سر کو ناپنے کے کوئی براہ راست ذرائع نہیں ہیں۔ جسامتوں کے دریافت کرنے کا بہترین طریقہ منروکر (Munro Kerr) کا بائی مینوئل (دودستی) طریقہ ہے (دیکھو صفحہ 397)۔

ولوا (فرج) اور ویجائنا (مہبل) کا بھی معائنہ کرنا چاہیئے تاکہ کسی غیر طبعی رطوبت یا قرح کو خارج از بحث کیا جائے۔ نیز امتحان معمولہ کے ایک جزکی حیثیت سے بھی ان کا معائنہ

کرنا چاہیئے، تاکہ پیُوئرپرل سیپسس (puerperal sepsis = نفاسی عفونت) نہ ہونے پائے۔
ویجائنل (مہبلی) امتحان وضع حمل شروع ہونے سے کچھ وقت پہلے بھی کرنا چاہیئے،
تاکہ سسٹ (cyst = دویرہ) یا رسولی کی موجودگی کو خارج از بحث کیا جائے۔ کیونکہ اگر ان کا
پتہ نہ لگایا جائے، تو ممکن ہے اُس کا نتیجہ آب سٹرکٹڈ (obstructed = سدود) وضع حمل ہو۔
دوران حمل میں ویجائنل (مہبلی) امتحان کرتے وقت وہی شدید دافع عفونت ٹیکنیک (technique =
طرزِ عمل) اختیار کرنا چاہیئے، جیسا عملیہ شکم میں برتا جاتا ہے یا جو وضع حمل کے وقت اختیار کیا
جاتا ہے۔ اگر ان احتیاطوں کو نظر انداز کیا جائے تو، جینیٹل قنال (genital canal =
ولادتی قنال) میں سرایت پیدا ہونے کا اندیشہ ہے، یا اگر تھوڑی دیر بعد وضع حمل واقع
ہو جائے، تو پیُوئرپرل ان فیکشن (puerperal infection = نفاسی سرائیت) پیدا
ہو سکتی ہے۔

مریضہ کو یہ بھی مشورہ دینا چاہیئے کہ اگر ذیل کی کوئی حالت پیدا ہو تو وہ فوراً اپنے 83
طبیب کو مطلع کرے:—

۱۔ قلت البول
۲۔ مسلسل دردِ سر
۳۔ اختلالِ بصارت
۴۔ چہرہ یا ٹخنوں کا ورم
۵۔ ہیمریج (نزف)

اس کے علاوہ ہونے والی ماؤں اور بالخصوص اُن ماؤں کے لیئے جو کہ پہلی بار
حاملہ ہیں، قبل الولادتی ہائجین (اصول صحت) کی تعلیمی جماعتیں قائم کرنے سے بہت قومی نفع
حاصل ہو سکتا ہے۔

اس تعلیم میں علاوہ اس امر کے کہ طبعی حمل کی نگرانی کے متعلق مشورہ دیا جاتا ہے،
دیگر معاملات بھی شامل کیئے جا سکتے ہیں، جیسے پرسنل ہائجین (personal hygiene =
شخصی اصول صحت) کی تمام شاخوں کی اہمیت، اور ماں اور بچہ دونوں کے واسطے
گھر کا تیار کرنا۔ اس سے اس امر کا موقعہ حاصل ہوگا کہ دورانِ حمل میں ماں کی
صحت کے لیئے سینی ٹیشن (sanitation = صفائی) اور مناسب وینٹی لیشن (ventilation =

ترویج) کے اثرات کی عظیم اہمیت پر زور ڈالا جائے ۔ ماں کو یہ بھی تعلیم دینا چاہیئے کہ چھاتیوں سے دودھ پلانے میں کیا نفع ہے، اور نوزائیدہ بچہ کی پرداخت کیونکر کرنا چاہیئے ۔

باب ہشتم

حمل کے ٹاکسیمیاز (toxæmias= تسممات الدم)

تمہید

دستور ہے کہ حمل کی بعض غیر طبعی حالتوں پر لفظ " ٹاکسیمیا " (toxæmia= تسمم الدم) کا اطلاق کیا جاتا ہے۔ بہ نظر سہولت اور عام رواج کا لحاظ کرتے ہوئے اس عنوان کو یہاں بھی قایم رکھا گیا ہے، لیکن اس سے یہ نہ سمجھ لینا چاہیئے کہ مختلف فسادات کو جو زیر غور ہیں کسی مشترکہ علتی عامل کی جانب منسوب کیا جا سکتا ہے۔ چہ جائیکہ یہ سمجھ لیا جائے کہ وہ کسی ایسے اولی نوعی سم کی مضرت رساں فعالیتوں کا نتیجہ ہیں جو حاملہ حالت کیساتھ مختص ہے۔ کیونکہ حمل حقیقت میں ایک فعلیاتی حالت ہے۔

زمانہ حمل کے امراض کو دو بڑے گروہوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے:۔

۱۔ وہ امراض جو کہ حمل کے ہمراہ پائے جاتے ہیں، مثلاً ٹیوبرکلوسس (tuberculosis= تدرن)، کرانک نفرائٹس (chronic nephritis= مزمن التہاب گردہ)، ڈایابیٹیز (diabetes= ذیابطیس) (دیکھو باب بست اور اس کے بعد کے صفحات)۔

۲۔ وہ امراض جو کہ حمل کے ساتھ مختص ہیں (یعنی ٹاکسیمیاز (تسممات الدم) انمیں سے بڑے بڑے مظہر یہ ہیں:۔

(۱) پریگننسی وامٹنگ (pregnancy vomiting = قے الحمل) اور ہائپرایمیسس

گریویڈیرم (hyperemesis gravidarum= حمل کا استفراغ شدید)۔

(ب) حمل کا البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور پریگننسی کڈنی (pregnancy kidney= گردہ حمل)۔

(ج) ایکلیمپسیا (eclampsia= انشناج) اور پری ایکلیمپٹک سٹیٹ (pre.eclamptic state= پیش انشناجی حالت)۔

(د) اکسیڈنٹل انٹی پارٹم ہیمرج (accidental antepartum hæmorrhage= اتفاقی قبل الولادتی نزف)۔

(س) ایکیوٹ ییلو اٹروفی آف دی لیور (acute yellow atrophy of the liver= جگر کا حاد اصفر ذبول)۔

ہم کو یہ امر شروع میں ہی ظاہر کر دینا چاہیئے کہ پریگننسی واٹمنگ (قے الحمل) اور ہائپیرامیسس (استفراغ شدید) کی امراضیات اب خوب اچھی طرح معلوم ہیں، نیز حالیہ حیاتی کیمیائی اور سریری تحقیق سے یہ ثابت ہو گیا ہے کہ اس حالت میں کسی فرضی اولی سم کا وجو تلاش کرنا غیر ضروری ہے۔ البتہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور ایکلیمپسیا (انشناج) کی امراضیات ہنوز پردہ تاریکی میں ہیں اور اسی طرح اکسیڈنٹل ہیمرج (اتفاقی نزف) کی بھی کہ جس کو اب وقتی طور پر ٹاکسیمک (toxæmic= تسممی دموی) اصل کا سمجھا جاتا ہے۔ لیکن خوش قسمتی سے عملی تجربہ کے نتیجہ کے طور پر ان اصابتوں کے سریری اور علاجی مسائل کو ایک تسلی بخش بنیاد پر قائم کر دیا گیا ہے۔ چنانچہ آئندہ انہی کی طرف نہ کہ لاتعداد مفروضیات کی طرف توجہ مبذول کرائی جائے گی۔

متذکرہ بالا امراض کے علاوہ حمل میں متعدد خفیف لیکن تکلیف دہ شکایات پائی جاتی ہیں، مثلاً پرورائٹس[1] (pruritis= خارشت)، سیلیویشن (salivation= کثرت ریق) ہرپیز جیسٹیشنز (herpes gestationis= نملۂ حمل) اور مختلف قسم کے نیورالجیاز (neuralagias= وجع العصب)۔ ان کو بھی ایک سامِ عامل کی جانب منسوب کیا گیا ہے۔

جگر کی ایکیوٹ ییلو اٹروفی (acute yellow atrophy= حاد اصفر ذبول) کو بھی حمل کے ساتھ وابستہ کرنے کا رجحان پایا جاتا ہے۔ تاہم اس علتی تعلق کے حق میں جو شہادت ہے،

[1] کتاب میں لفظ پرورائیگو ہے لیکن اسکی بجائے لفظ پرورائٹس کا ترجمہ کیا گیا ہے دیکھو صفحہ 127۔

اس پر اعتراض وارد کیا گیا ہے۔ اتنا سمجھ میں آسکتا ہے کہ یہ حالت گاہے ان کبدی عارضوں کی جو کہ بعض قسم کے ایکلیمپسیا (انشناج) کا امتیازی خاصہ ہیں، انتہائی نمو کی نمائندگی کرتی ہے۔

رائج الوقت مفروضات

شاید سب سے زیادہ عام پسند مفروضہ وہ ہے کہ جس میں یہ فرض کیا جاتا ہے کہ مضرت رساں عناصر یعنی سموم براہ راست یا بالواسطہ اووم (بیضہ) اور بالخصوص اس کے حملہ آور حاشیہ یعنی پلیسنٹا (مشیمہ) اور کوریانک ولائی (سلوی خملات) سے پیدا ہوتے ہیں، گویا یہ ایک قسم کی بایوکیمیکل نیوپلیزیا (biochemical neoplasia= حیاتی کیمیائی نوتکوین) ہیں۔ یہ سموم ماں کے جگر اور گردوں کی کارکردگی پر خراب اثر ڈالتے ہیں، چنانچہ تحولی حاصلات کا اخراج ناقص ہوتا ہے جس سے ان امکانی طور پر سام میٹابولائٹ (metabolites) کا احتباس ہو جاتا ہے۔ یہ احتباس ٹاکسیمیا (تسمم الدم) کے مظاہر کو جو پہلے سے موجود ہوتے ہیں اور بھی شدید کر دیتا ہے۔ مذکورہ بالا ثانوی یعنی تحولی سموم علاوہ دیگر مقامات کے، دوران انہضام میں امعا میں بھی پیدا ہوتے ہیں، اور بالعموم کبدی اور کلوی نقص پڑنا کافی معائی اخراج مستزاد ہو جاتا ہے۔

یہ تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ ابھی تک اس اولی سم کے متعلق جو کہ فرض کیا گیا ہے، کوئی قطعی ثبوت حاصل نہیں ہوا اور کلوی سم کی موجودگی کے حق میں اکثر دلائل صرف تمثیل پر مبنی ہیں۔ اس کے برخلاف کبدی اور کلوی فسادات کے متعلق یہ ہے کہ ان کا قطعی طور پر مظاہرہ کیا جا سکتا ہے۔ لیکن افسوس کہ ان فسادات کے جو حیاتی کیمیائی اثرات مشاہدہ کئے گئے ہیں، وہ نہایت ہی اختلاف پذیر ہیں اور انکی سریری خصوصیات بھی امراضیاتی مشاہدات کے ساتھ بالعموم متناظر نہیں ہوتیں لیکن ہم کو یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض مسلمہ حیاتی کیمیائی عوامل کی کمی تخمین بھی ہنوز ناقابل عمل ہے، اور ایسے لاتعداد سمی اجسام ہیں جو اب تک حیاتی کیمیاداں کی نظر سے بچے ہوئے ہیں۔

یہ رائے بھی پیش کی گئی ہے کہ حمل کے تحولی اعمال، مادری جگر اور گردوں کے کام پر بذات خود ایک مزید بار ڈالتے ہیں۔ لیکن، یہ بیان تو متنازع فیہ ہے، کیونکہ معمولی حالات میں بظاہر ایک بالیدگی پذیر جنین کی ضروریات کی وجہ سے دوران خون کے

میٹابولائٹوں (metabolites) کی اخراج طلب مقدار کم ہو جاتی ہے۔ مثلاً حمل میں بلڈ یوریا(blood urea= دموی یوریا) کی مقدار بمقابلہ اس مقدار کے جو کہ ایک غیر حاملہ عورت میں ہوتی ہے، طبعاً کم ہوتی ہے۔

ایک مزید مفروضہ میں یہ سمجھا گیا ہے کہ مادری دموی رسد سے ایک قسم کی مداخلت ہو کر پلیسنٹل انفارکشن (placental infarction= مشیمی افعام) اور نیکروسز (necrosis= تنخر) کے محدود رقبہ جات پیدا ہو جاتے ہیں اور ان کی خود پاشیدگی سموم پیدا کرتی ہے۔

دیگر محققین نے اینا فیلیکٹک (anaphylactic= استہدافی) اور الیرجک (allergic= حساسی) مظاہر فرض کئے ہیں، گو کہ اس کے متعلق یقین آفریں شہادت عنقا ہے۔ اسی طرح ایسڈ بیس بیلنس (acid-base balance= ترشہ اساسی توازن) کے تغیرات پر بھی تحقیقات کی گئی ہے لیکن مسئلہ کے اس پہلو کا بعد میں ذکر کیا جائے گا۔ ذمہ دار
86 مشاہداب عام طور پر اس پر اتفاق کرتے ہیں کہ ایسیڈوسز (acidosis= ترشہ سمیت) زیر بحث کیفیتوں کی تسبیب میں ایک ثانوی حیثیت رکھتا ہے۔

درون افرازی انحرافات کو بھی ذمہ دار گردانا گیا ہے اور اس بنیاد پر مختلف دلچسپ مفروضات گھڑے گئے ہیں۔ تھائرائیڈ (thyroid= درقیہ)، پیرا تھائرائیڈ (parathyroid= نزد درقیہ)، ایڈرینل (adrenal= سرگروہ)، پٹشوٹری (نخامیہ) اور مختلف اوویرین (ovarian= مبیضی) افرازات پر یکے بعد دیگرے غور کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ بحالت امتزاج یہ عوامل کوئی معتد بہ کام کرتے ہوں۔ پوسٹیریر پٹشوٹری (posterior pituitary= خلفی نخامی) اور ایڈرینل (سرگروی) افرازات کے سلسلہ میں تو کم از کم یہ بیان کیا جا سکتا ہے کہ ایکلیمپسیا (اتشناج) کے بعض مظہرات کو بظاہر کسی نہ کسی قسم کے پریسر (pressor= ضاغط) اثرات کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے۔ افسوس کہ ہمارے پاس فی الحال کوئی تسلی بخش طریقہ نہیں ہے جس کے ذریعہ دوران خون کے اندر ان مادوں کی یا معلوم پریسر (ضاغط) اساسوں کی مقدار کی تخمین کی جا سکے۔ لیکن اتنا قیاس کیا جا سکتا ہے کہ ضاغط مظہرات، دراصل غائی حیثیت رکھتے ہیں، یا معکوس یا میکانی اصل کے دورانی دموی تعاملات کی نمائندگی کرتے ہیں۔

آخراً یہ بتایا گیا ہے کہ حمل میں درون شکمی دباؤ قطعی طور پر بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور اس دباؤ کا بہت زیادہ بڑھ جانا ٹاکسیمیا (تسمم الدم) کا موجب ہوتا ہے کیونکہ جگر اور گردوں کے شعری دوران خون میں میکانی مداخلت ہونے کی وجہ سے ان کے اخراجی وظیفوں میں خرابی واقع ہو جاتی ہے۔

ایکلیمپسیا (انشناج) کو صحیح طور پر ایک "کثیر نظریات والامرض" پکارا گیا ہے۔

حیاتی کیمیائی مشاہدات

حیاتی کیمیائی تحقیقات کے ذریعہ زیر بحث ٹاکسیمک (تسممی دموی) حالات پیدا کرنے والے اسباب کو اب تک دریافت نہیں کیا جا سکا کیونکہ اس سے صرف فساد کے نتائج ظاہر ہوتے ہیں، اس کے تسببی حالات پر کچھ حقیقی روشنی نہیں پڑتی۔ مزید براں اگر پریگنینسی وامٹنگ (قے الحمل) اور ہائپر ایمیسس (استفراغ شدید) کی صورت سے قطع نظر کر لیا جائے، تو ایک معروف حیاتی کیمیائی انحراف کے درجہ میں اور متلازم سریری حالات کی شدت میں کوئی حقیقی مناسبت ثابت نہیں کی گئی۔ مثلاً ممکن ہے کہ ایکلیمپسیا (انشناج) کی ان اصابتوں تک میں جو موت پر منتج ہوتی ہیں نائٹروجنی احتباس یا ایسیڈوسز (acidosis = ترشہ سمیت) کا کوئی ثبوت نہ پایا جائے، اور اس کے برعکس ان اصابتوں میں جن میں کوئی بھی امتیازی علامت ظاہر نہ ہو انتہائی درجہ کا کلوی فساد پایا جائے۔ یہ واضح ہو گا کہ مندرجہ بالا بیان ان اصابتوں پر بھی صادق آتا ہے جو کہ بالعموم "یوریمک" (uraemic = تسممی بولی) کہلاتی ہیں۔

زمانہ حال میں ایسیڈوسز (ترشہ سمیت) کے عامل پر معتدبہ توجہ صرف کی گئی ہے۔ صادق ایسیڈوسز (acidosis = ترشہ سمیت) میں جو کہ ایسڈ بیس بیلنس (acid-base balance = ترشہ اساسی توازن) کا ایک قطعی تغیر ہے اور اس کیٹوسس (ketosis = کیتونیت) میں جو کہ ہائپر ایمیسس (استفراغ شدید) کی امتیازی خصوصیت ہے صاف صاف فرق کرنے کی ضرورت ہے۔ قے کی خاصی شدید اصابتوں تک میں، پلازما (plasma) کا بائی کاربونیٹ کانٹنٹ (bicarbonate content = بائی کاربونیٹ مافیہا) طبعی حملی مقدار سے بہت کم نہیں ہوتا حالانکہ ان میں کیٹوسس (ketosis = کیتونیت) صاف ظاہر ہوتا ہے۔

حمل میں پلازما بائی کاربونیٹ (plasma-bicarbonate) طبعی طور پر کم ہوجاتا
ہے۔ اس فعلیاتی ایسیڈوسس (acidosis = ترشہ سمیت) کی وجہ یہ نہیں ہے کہ قلی حقیقی طور پر گھٹ
جاتی ہے بلکہ یہ ہے کہ خون میں کاربن ڈائی آکسائیڈ کے تناؤ کی اولی تخفیف ہوجاتی ہے۔ 87
قطع نظر ان سریری مشاہدات کے جن کے متعلق آئندہ ذکر کیا جائے گا، حمل کے البیومن
یوریا (البیومن بولیت) کی اصابتوں میں بالعموم پلازما بائی کاربونیٹ (plasma-
bicarbonate) کی مزید تخفیف نہیں پائی جاتی، چنانچہ ان میں ایسیڈوسس (ترشہ سمیت)
کا کوئی حیاتی کیمیائی ثبوت پایا نہیں جاتا۔ لیکن صادق نفرائٹس (nephritis = التہاب گردہ)
میں بسا اوقات قلوی ذخیرہ کی ایک نمایاں تخفیف ہوجاتی ہے۔ فاسفیٹ (phosphates)
محبوس ہوجاتے ہیں، اور مصل کا کیلشیم کانٹنٹ (calcium content = کیلشیم مافیہا)
کم ہوجاتا ہے۔ یہاں یہ ذکر کردینا مناسب ہوگا کہ کیلشیم کی تخمین کے صحیح طریقوں کے ذریعہ
یہ ثابت ہوا ہے کہ حمل کے البیومن یوریا (البیومن بولیت) میں (اسوقت جبکہ التہاب گردہ نہو) اور
حتیٰ کہ ایکلیمپسیا (انشناج) میں بھی کیلشیم کانٹنٹ (کیلشیم مافیہا) کی طبعی حالت کا کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا تاہم
ایکلیمپسیا (انشناج) کی بعض اصابتوں میں پلازما بائی کاربونیٹ (plasma-bicarbonate)
کی قطعی تخفیف دیکھی گئی ہے، لیکن اس کو تشنجات کے اثرات کی جانب، یا وضع حمل کی عضلی
مساعی کی جانب منسوب کیا جاسکتا ہے۔

پریگننسی وامٹنگ (قے الحمل) اور ہائپرامیسس (استفراغ شدید) کا کیٹوسس
(ketosis = کیتونیت) ایک بالکل جداگانہ مسئلہ پیش کرتا ہے۔ گو کہ پیشاب کی نائٹروجینی
ترتیب اجزا کے تغیرات کی غلط تاویل کی وجہ سے خلط مبحث واقع ہوگیا ہے، تاہم
امونیا کوفشنٹ (ammonia cœfficient = امونیائی قدر) میں جو تغیرات مشاہدہ کئے گئے ہیں انکو اب
پر اسرار خیال کرنے کی کچھ ضرورت نہیں ہے۔ مذکورہ بالا حالتوں میں حیاتی کیمیائی تغیرات
دراصل کاربوہائڈریٹ تجوع، اور اس نابیدگی کا نتیجہ ہوتے ہیں جو کہ مسلسل قے اور کم درآمد
سے پیدا ہوتی ہے۔ مزید براں مذکورہ بالا حیاتی تغیرات، اصابت کی سریری شدت
کے ساتھ کمی طور پر متناظر ہوتے ہیں۔ ہر اس منظر کو جو سائنٹفک طور پر مشاہدہ کیا جاتا ہے،
قے کے اثرات کی جانب منسوب کیا جاتا ہے۔ تاہم نظری طور پر یہ ممکن ہے کہ کبدی
گلائکوجن کا افراغ، جو کہ صورت حالات کی تہ میں ہوتا ہے، جزوی طور پر اسمپتھیٹک

(sympathetic=مشارکی) یا ایڈرینل (adrenal= سرگردی) اثر کا نتیجہ ہو۔

رحم میں بالیدگی پذیر جنین کا موجود ہونا، کاربوہائڈریٹ کی ایک خاص احتیاج پیدا کر دیتا ہے، چنانچہ حاملہ عورت میں یہ میلان ہوتا ہے کہ اس میں کاربوہائڈریٹ کے تجوع کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کا لازمی نتیجہ یہ ہے کہ شحمی ذخیرہ کا خرچ بڑھ جاتا ہے۔ اس وافر شحمی تحول سے ایک کیٹوسس (ketosis= کیتونیت) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے، جس کا ثبوت یہ ہے کہ پیشاب میں آکسی بٹرک (oxy-butyric) اور اسٹیو اسیٹک ترشے نمودار ہو جاتے ہیں۔ ان ایسٹون باڈیز (acetone bodies= ایسٹون اجسام) کا پیشاب میں اخراج ایک تعجب انگیز حد تک بڑھ جاتا ہے، حالانکہ خون میں ان کا ارتکاز اتنا نہیں رہتا کہ ڈایابیٹیز (diabetes= ذیابیطس) کی طرح ایک صادق ایسڈوسز (ترشہ سمیت) پیدا کر دے۔ ان کی بیش پیدائش کا ازالہ اثر اس طرح ہوتا ہے کہ ایمونیائی ریڈیکلز (ammonia radicles= ایمونیائی اصلیوں) میں ایک متناظر انحراف واقع ہوتا ہے تاکہ ان ترشوں کی تعدیل اور اخراج ہو جائے۔ چنانچہ نائٹروجنی ترتیب اجزا بدل جاتی ہے، جیسا کہ بلند ایمونیا کوشنٹ (ایمونیائی قدر) سے ثابت ہوتا ہے۔ متلی قے کا نتیجہ ایک طرف تو یہ ہوتا ہے کہ نائٹروجن کی درآمد گھٹ جاتی ہے، دوسری طرف یہ کہ ایک کیٹوسس (ketosis= کیتونیت) پیدا ہو جاتا ہے، یہ دونوں جمع ہو کر اس بلند ایمونیائی قدر کی جو کہ مشاہدہ کی گئی ہے، کافی توجیہہ کر دیتے ہیں۔

قے کی خفیف یا ابتدائی اصابتوں میں کسی غیر طبعی حیاتی کیمیائی حالت کا ثبوت نہیں 88
پایا جاتا، لہٰذا مذکورہ بالا خصوصی مشاہدات قے کی تسبیب پر کچھ بھی روشنی نہیں ڈالتے، جس پر آئندہ بحث کی جائے گی۔

شدید اصابتوں میں بھی، باوجود اس امر کے کہ کاربوہائڈریٹ کا افراغ دوسرے ذرائع سے ثابت ہوتا ہے، بلڈ شوگر کانٹنٹ (blood-sugar content= دموی شکر مافیہا) میں کوئی معتد بہ تخفیف واقع نہیں ہوتی۔ البتہ یہ مسلّم ہے کہ اس کی مقدار اس انتہائی فاقہ کشی میں بھی قائم رہتی ہے کہ جس کا حمل سے بالکل تعلق نہ ہو۔

مذکورہ بالا بیانات کا اطلاق، دراصل حمل کے ابتدائی زمانہ کی قے پر ہوتا ہے، یا اس قے پر ہوتا ہے جو حمل کے ابتدائی زمانہ میں شروع ہو اور بعد میں بھی جاری رہے۔ قے کی

وہ قسم جو کہ حمل کے آخری زمانہ میں شروع ہوتی ہے اور پری ایکلیمپٹک (preeclamptic= پیش انشناجی) حالت کی علامت ہے، ایک مختلف امراضیاتی مسئلہ پیش کرتی ہے۔

تاہم ترقی پذیر قے کی بعض اصابتوں میں اس امر سے خلط مبحث پیدا ہو سکتا ہے کہ ان میں البیومن یوریا (البیومن بولیت) ایک ثانوی خصوصیت کے طور پر ظاہر ہوتا ہے۔ ان شدید اصابتوں میں کلوی وظیفہ کی خرابی کی وجہ یہ قرار دی جا سکتی ہے کہ طویل اور مسلسل قے سے این ہائیڈریشن (anhydration= بالیدگی) پیدا ہو گیا ہو۔ چنانچہ خون کا نان پروٹین نائٹروجن (non-protein nitrogen) اور یورک ایسڈ (uric acid= یورک ترشہ) زیادہ ہوتا ہے۔ جب علاج کے طور پر سیالات کا اضافہ کرنے سے این ہائڈریمیا (anhydræmia= عدم آب دمویت) اور الگیوریا (oliguria= قلت البول) زائل ہو جاتا ہے، اور ادرار البول ہو کر پیشاب کا البیومن غائب ہو جاتا ہے تو مذکورہ بالا دموی اجزا بھی کم ہو جاتے ہیں۔

ایک متبادل امکان یہ ہے کہ اس قسم کی بعض اصابتوں میں البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور کلوی خرابی، میکانی عوامل کا نتیجہ ہیں۔ جب یہ فرض کیا جا سکتا ہے کہ ایک میکانی یا خالصۃً عروقی عامل، حمل میں کلوی نقص کا موجب ہو سکتا ہے تو ہم کو یہ بھی تسلیم کرنا چاہیے کہ تند قے اس عامل کو نہایت ہی واضح طور پر شدید بنا سکتی ہے۔

عام طور پر یہ مانا جاتا ہے کہ زمانہ حمل میں ایک مثبت نائٹروجن بیلینس (nitrogen balance= نائٹروجن بجیت) ہوتا ہے، یہ اس امر کا مظہر ہے کہ بالیدگی پذیر جنین کی ضروریات سے جو زائد نائٹروجن ہوتی ہے وہ مذخور ہو جاتی ہے۔ پلازما پروٹینز (plasma proteins) گھٹ جانے کا رجحان رکھتے ہیں، جو کہ غالباً صادق ترقیق کا نتیجہ ہے۔ دوران حمل میں خون کے امینو ایسڈز (amino-acids= امینو ترشے) میں تغیر ہونا ثابت نہیں ہوا۔ طبعی حمل میں بلڈ یوریا (blood urea= دموی یوریا) نسبتاً کم ہوتا ہے، لیکن خون کا کلی نان پروٹین نائٹروجنیس کانٹنٹ (non-protein nitrogenous content= غیر پروٹینی نائٹروجن مافیہا) تقریباً اتنا ہی ہوتا ہے کہ جتنا ایک طبعی اور غیر حاملہ عورت میں ہوتا ہے۔

البیومن یوریا آف پریگننسی (albuminuria of pregnancy=

حمل کی البیومن بولیت) کی غیر پیچیدہ اصابتوں میں، سوائے البیومن یوریا (البیومن بولیت) کے، خون یا پیشاب کی کیمیا میں کوئی اہم یا ممیز غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی۔

اگر التہاب گردہ، حمل کو پیچیدہ کر رہا ہو، تو خون میں نائٹروجن (nitrogen) کا معتدبہ احتباس واقع ہوتا ہے، نیز فاسفیٹ (phosphate) کا احتباس اور ایسڈوسز (acidosis) بھی پایا جاتا ہے۔ کلوی وظیفہ کی تخمین کرنے کے لئے مختلف، کم و بیش تسلی بخش کاشفات بنائے گئے ہیں۔ ان میں سے فینال سلفون تھالین (phenol-sulphone-pthalein)، ڈائی ایسٹیس (diastase)، ہپیورک ایسڈ (hippuric acid= ہپیورک ترشہ) اور یوریا کانسنٹریشن (urea concentration= ارتکاز یوریا) کاشفات سب سے زیادہ استعمال کئے گئے ہیں، اور غالباً یوریا کانسنٹریشن (ارتکاز یوریا) کاشفہ سب سے زیادہ مفید ثابت ہوا ہے۔ 89 ایک التہابی کلوی عنصر بظاہر ہر قسم کے پریگننسی ٹاکسیما (حملی تسمم الدم) کا کہ جس میں البیومن یوریا (البیومن بولیت) ہو، پیشرو، یا سبب، یا ہمرو ہو سکتا ہے۔ چونکہ ان میں سے بہت کم کیفیات صاف صاف متعین ہیں، لہذا یہ ضروری ہے کہ ہر اصابت کی اہمیت کا اندازہ اس کی ذاتی خصوصیات کی بنا پر کیا جائے۔

صادق ایکلیمپسیا (انشناج) کے ہمراہ بالعموم کوئی نائٹروجینی احتباس نہیں پایا جاتا۔ اس حالت میں خون کا یورک ایسڈ کانٹنٹ (uric acid content= یورک ترشہ مافیہا) بڑھ جاتا ہے، لیکن اس عامل کی اہمیت فی الحال واضح نہیں ہے۔ ہائیڈروجن آیون کانسنٹریشن (hydrogen-ion concentration= ہائیڈروجن رواں کا ارتکاز) بڑھ جاتی ہے، لیکن چونکہ ساتھ ہی لیکٹک ایسڈ (lactic acid= لیکٹک ترشہ) کا تراکم بھی ہو جاتا ہے، لہذا اغلب ہے کہ یہ ایسیڈوسز (ترشہ سمیت) انشناجی تشنجات کا اور شاید وضع حمل کے دوران میں رحم کے عضلی انقباضات کا نتیجہ ہو۔ فائبرنوجن (fibrinogen) اور فائبرین فرمنٹ (fibrin ferment= فائبرین خمیر) کا دموی مافیہا زمانہ حمل میں بڑھ جاتا ہے، اور کہا جاتا ہے کہ ایکلیمپسیا (انشناج) میں غیر طبعی طور پر بلند لیولز (levels) تک پہنچ جاتا ہے۔ لیکن سرایت سے پیچیدہ حمل میں یہ اس سے بھی بلند تر لیول تک پہنچ جاتا ہے۔

حیاتی کیمیائی کاشفات کو نہایت کامیابی کے ساتھ استعمال کر کے یہ مظاہرہ کیا گیا ہے کہ ایکلیمپسیا (انشناج) میں کبدی وظیفہ بگڑ جاتا ہے اور درحقیقت یہ اچھی طرح

ثابت کر دیا گیا ہے کہ مہلک اصابتوں میں کبدی نقصان' ایک مستمر ترین علامت ہے۔
اس شہادت کی تشخیصی اہمیت مشکوک ہے کیونکہ مذکورہ تغیرات' ثانوی بھی ہو سکتے ہیں۔
مجملاً ہم کو یہ ماننا پڑتا ہے کہ مثالی ایکلیمپسیا (التشناج) میں مسلمہ میٹابولائٹس (metabolites) کا کوئی اہم یا ممیز انحراف واقع نہیں ہوتا۔ اس کے برعکس خون یا پیشاب میں کوئی نوعی سم بھی تفرید نہیں کیا گیا۔

ایکیوٹ ییلو اٹروفی آف دی لور (acute yellow atrophy of the liver = جگر کے حاد اصفر ذبول) میں پیشاب میں لیوسین (leucine) اور ٹائروسین (tyrosine) پائی جاتی ہے' اور خون کی امینو ایسڈ نائٹروجن (amino-acid nitrogen) قطعی طور پر بڑھ جاتی ہے۔

90

باب نہم

البیومن یوریا (albuminuria = البیومن بولیت) اور حمل

البیومن یوریا (البیومن بولیت) ایک علامت ہے، نہ کہ بذات خود کوئی مرض۔ پیشاب میں البیومن کا موجود ہونا اس امر کی کہ گردے معتد بہ طور پر ماؤف ہیں کوئی لازمی دلیل نہیں، البتہ یہ اس حالت کے امکان کی طرف اشارہ کرتا ہے اور بسا اوقات تشویشناک پیچیدگیوں کی خبر دیتا ہے۔

البیومن یوریا (البیومن بولیت) تمام حاملہ عورتوں میں سے تقریباً ۵ فی صدی میں پایا جاتا ہے۔ اس کی موجودگی معمولی حیاتی کیمیائی کاشفات کے ذریعہ کی جاتی ہے۔ مشکوک اصابتوں میں اس امر کی احتیاط کرنا چاہیے کہ پیشاب کے ایک قثاطیری نمونہ کا امتحان کرکے مشاہدات کی تصدیق کرلی جائے، اور پائیوریا (pyuria = ریم بولیت) کی موجودگی سے، جو کہ پائلائٹس (pyelitis) = التہاب حوض الکلیہ) کی علامت ہے، کوئی گڑبڑ پیدا نہ ہو۔

یہ ایک نہایت ہی ضروری امر ہے کہ ہر حاملہ عورت کے پیشاب کا، بالخصوص زمانۂ حمل کے آخری درجوں میں، وقتاً فوقتاً امتحان کیا جائے۔ خواہ غیر طبعی علامات مفقود ہی کیوں نہوں، زمانہ حمل میں کم از کم مہینے میں ایک بار، اور اگر ممکن العمل ہو تو آخری دو مہینوں میں ہفتہ میں ایک بار ضرور امتحان کرنا چاہیئے۔ اس سے ایکلیمپسیا (اشناج) کا خطرہ دور کیا جاسکتا ہے۔

الاّ ان نہایت ہی شاذ خاطف اصابتوں میں کہ جن میں شدید ٹاکسیمیا (toxæmia= تسمم الدم) حیرت انگیز سرعت کے ساتھ نمویاب ہو جاتا ہے۔ مزید براں گردہ کو نقصان پہنچنے کا خطرہ قلیل ترین ہو جاتا ہے۔

معتبر تحقیقات سے ظاہر ہوتا ہے کہ متوالی حمول میں البیومن یوریا کے عود کرنے کا قطعی رجحان پایا جاتا ہے۔ اس سے یہ فرض کر لینا کہ حمل کے ان حالات سے، جو کہ پہلی مرتبہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) کے ظہور کا باعث ہوئے، ایک خفی التہاب گردہ پیدا ہو گیا ہے، منطقی طور پر صحیح نہ ہوگا، لیکن اس واقعہ کے امکان کا خیال ضرور پیدا ہوتا ہے۔ تجربی طور پر حیوانات میں ایسے حالات کو مسلسل قائم رکھ کر، جو پہلی مرتبہ محض ایک عارضی البیومن یوریا (البیومن بولیت) کا باعث ہوئے، حقیقی التہاب گردہ پیدا کیا گیا ہے۔ لہٰذا اہم کو یہ سمجھ لینا چاہئے کہ حمل کی ان اصابتوں میں جو البیومن یوریا (البیومن بولیت) ظاہر کرتی ہیں، قطع نظر اس امر کے کہ ان میں مزید پیچیدگیاں بھی پیدا ہو سکتی ہیں، بالکل آغاز کار ہی سے شدید نگرانی اور علاج کی ضرورت ہے۔

91

البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور حمل کی جماعت بندی

۱۔ وہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) جو کہ حمل کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ مثلاً مزمن التہاب گردہ، پائیلائٹس (pyelitis= التہاب حوض الکلیہ) اور سسٹائٹس (cystitis= التہاب مثانہ)، ماربس کارڈس (morbus cordis= مرض القلب)۔

مزمن التہاب گردہ کے متعلق یہ ظاہر ہے کہ یہ حالت حمل سے پیشتر واقع ہو سکتی اور حمل سے پیچیدہ ہو سکتی ہے۔ وہ التہاب گردہ، جو خفی ہوتا ہے، حمل کے مستزادبار کی وجہ سے نمایاں ہو جاتا ہے۔ اسی کے برعکس ٹاکسیمیا (تسمم الدم) کی ان اقسام میں جو کسی پیشرو کلوی غیر طبعی حالت کا نہیں بلکہ حالات حمل کا نتیجہ ہوتی ہیں، واضح التہاب گردہ پیدا ہو سکتا اور غالب عنصر بن سکتا ہے۔

۲۔ وہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) جو کہ حمل کا نتیجہ ہوتا ہے۔

(ا) البیومن یوریا آف پریگننسی (albiminuria of pregnancy= حمل کی البیومن بولیت)۔

(ب) ایکلیمپسیا (انشناج)، اور پری ایکلیمپسیا (پیش انشناج) میں البیومن یوریا (البیومن بولیت)۔

(ج) مسلسل ہائپر امیسس (استفراغ شدید) میں ثانوی البیومن یوریا (البیومن بولیت)

(د) وہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) جو کہ اتفاقی اینٹی پارٹم ہیمریج (ante-partum haemorrbay = قبل الولادتی نزف) کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔

(س) وہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) جو کہ ویسیکولر مول (vesicular mole = کیسکی وحمہ) کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔

یہ جماعت بندی لازمی طور پر نامکمل اور موقتی ہے۔ اس میں جو خود ساختہ امتیازات پنہاں ہیں، ممکن ہے وہ محض اختلاف الدرجات ثابت ہوں۔

حمل میں البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی بہت سی اصابتیں ایسی ہوتی ہیں کہ ان میں سوائے البیومن کی موجودگی اور شاید اوڈیما (oedema = تہیج) کے نہ تو کوئی غیر طبعی علامت ہوتی ہے، اور نہ کوئی حیاتی کیمیائی تغیرات پائے جاتے ہیں۔ ان اصابتوں کو بالعموم البیومن یوریا آف پریگننسی (albuminuria of pregnancy = حمل کے البیومن یوریا) کے عنوان کے تحت جمع کیا جاتا ہے۔ زیادہ قریبی زمانہ میں اس قسم کی اصابت کو امریکہ میں لو ریزرو کڈنی (low reserve kidney = قلیل المحفوظ گردہ) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے، نیز یہ معقول طور پر رائے دی گئی ہے کہ البیومن یوریا کے لفظ سے ایک معملی اکتشاف کے سوا اور کچھ مراد نہ لینی چاہیئے۔ پریگننسی نفروسس (pregnancy nephrosis = حملی مرض الکلیہ) یا "پریگننسی کڈنی" (کلیۃ الحمل) یا "بے علامت البیومن یوریا (البیومن بولیت)" کی اصطلاحات مبہم اور شائد گمراہ کن ہیں۔ لہٰذا جب تک امراضیاتی توضیح نہ ہو جائے، ہم وہی نام قائم رکھیں گے جو کہ عام طور پر رائج ہے۔

البیومن یوریا آف پریگننسی (حمل کی البیومن بولیت)۔ البیومن یوریا (البیومن بولیت) زیادہ عام طور پر پرمی گریویڈا (primigravida = اولیں حاملہ عورتوں) میں اور بالخصوص غیر شادی شدہ ماؤں میں پایا جاتا ہے۔ ہائیڈرمینائس (hydramnios = کثرت رہل) اور توامی حمل میں یہ نسبتاً زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ یہ بالعموم حمل کے آخری دو مہینوں میں نمودار ہوتا ہے۔ اس کے خلاف ان اصابتوں میں کہ جن میں پہلے کوئی غیر طبعی

امر نہیں پایا جاتا، یہ وضع حمل کی ترقی کے دوران میں بھی پایا جاسکتا ہے۔

یہ امر عملی اہمیت رکھتا ہے کہ مندرجہ ذیل حالتوں میں تفریق کیجائے: حمل کا غیر پیچیدہ
البیومن یوریا (البیومن بولیت)، مزمن التہاب گردہ، اور وہ البیومن یوریا (البیومن بولیت)
جو کہ پری ایکلیمپٹک (پیش التشناجی) علامات کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ مزمن التہاب گردہ میں
البیومن یوریا (البیومن بولیت) بالعموم حمل کے ابتدائی درجہ ہی سے ظاہر ہوتا ہے، اور کلوی
خرابی کا حیاتی کیمیائی ثبوت، یعنی نائٹروجن کا احتباس اور ایسیڈوسس (ترشہ سمیت) پایا جاتا 92
ہے۔ ممکن ہے البیومن یورک ریٹی نائٹس (albuminuric retinitis= البیومن بولیتی
التہاب شبکیہ) موجود ہو۔ بسا اوقات مذکورہ بالا حالت کے ساتھ ایبارشن (abortion=
اسقاط الحمل) یا رحم کے اندر ہی جنین کی موت واقع ہوجاتی ہے۔ کاسٹس (سانک) کی موجودگی
یا نوعیت سے جو شہادت حاصل ہوتی ہے، وہ ہمیشہ معتبر نہیں ہوتی، تاہم ذراتی یا سرحلی
کاسٹس (سانک) کی بافراط موجودگی، بدیہی طور پر ایک التہابی کلوی عنصر پر دلالت
کرتی ہے۔

پری ایکلیمپٹک (pre-eclamptic= پیش التشناجی) حالت کی امارات و علامات پر آئندہ باب میں بحث کی جائے گی۔ یہاں صرف یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بڑھتا ہوا افشار خون اسکی سب سے اہم معروضی تنبیہ ہے۔

پیشاب میں پروٹین کی مقدار بجائے خود یہ ظاہر نہیں کرتی کہ حالت کی شدت کتنی ہے۔

علاج

البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی ہر اصابت، باحتیاط علاج کی اور ہر وقت کی نگرانی کی محتاج ہے۔ علاج کے بڑے بڑے مقاصد حسب ذیل امور کا انسداد ہے۔ (ا) ایکلیمپسیا (التشناج)، (ب) مستقل کلوی نقصان، (ج) جنین کی موت فی الرحم۔ پہلے دو خطروں کو دور کرنے کا بہترین طریقہ بدیہی طور پر یہ ہے کہ جوں ہی البیومن یوریا (البیومن بولیت) شناخت ہو، وضع حمل کا امالہ کرکے حمل کا خاتمہ کردیا جائے۔ لیکن اگر جنین کا مفاد مدنظر ہو تو حمل کو جتنا زیادہ عرصہ قایم رہنے دیا جائے گا، اتنا ہی (قطع نظر ان

پیچیدگیوں کے جو کہ بچہ کو رحم کے اندر ہی مار ڈالتی ہیں، بچہ کی بقاءِ حیات کا امکان زیادہ ہو جائے گا۔ یہ متضاد مفاد یعنی ماں کے مفاد اور بچہ کے مفاد معتد بہ قوتِ فیصلہ کام میں لانے کی ضرورت لاحق کرتے ہیں۔ ایسے مقررہ اصول پیش کرنا ناممکن ہے جو ہر اصابت پر اطلاق پذیر ہوں، تاہم چونکہ مستقل کلوی نقصان کا خطرہ زیادہ عمومی طور پر محسوس ہونے لگا ہے، لہٰذا حالیہ رجحان یہ ہے کہ ہٹیلے البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی اصابتوں میں اگر بچہ کے زندہ رہنے کے مواقع معقول طور پر یقینی ہو جائیں تو وضع حمل کا امالہ کر دیا جائے۔ استنظاری علاج کے باوجود پری ایکلیمپٹک (پیش التشناجی) علامات شروع ہو جانا، حمل کو ختم کرنے کا ایک خاص داعیہ ہے۔

ان تمام تدابیرِ تامہ کے علاوہ علاج کے بڑے بڑے نقاط یہ ہیں:- آرام، اسہال اور غذا۔

آرام ایک لازمی چیز ہے۔ لیکن چونکہ مریضہ کی طبیعت شاذ و نادر ہی خراب ہوتی ہے اور اسے آرام کرنے کا کوئی خاص خیال نہیں ہوتا، لہٰذا عام طور پر یہ ضروری ہوتا ہے کہ اسے بستر پر لٹائے رکھا جائے اور اس پر نگرانی رکھی جائے۔ معائی اخراج کی طرف سختی کے ساتھ توجہ کرنی چاہیئے۔ غذا قلیل ہونی چاہیئے اور کم پروٹینی قیمت والی ہونی چاہیئے۔ اس کو کس حد تک ضبط میں رکھا جائے، یہ امر حالت کی شدت پر اور انفرادی اصابت کے روزانہ تغیرات پر منحصر ہوتا ہے۔ مندرجہ ذیل ایک مناسب چہار درجہ ڈائٹری (dietary = ترتیب غذا) ہے۔

البیومن یوریا (البیومن بولیت) کے لئے غذا 93

درجۂ اول

لیمونیڈ (lemonade)، اور گلوکوس (glucose) پانچ پائینٹز (pints) (ہر پائنٹ میں چھ اونس گلوکوس)۔ اور سنگترے، ۴ عدد۔

درجۂ دوم

سیالات پانچ پائنٹز سے کم نہ ہوں۔ سنگترے یا سیب ۴ عدد۔

ناشتہ۔ ٹوسٹ (toast) ۲ اونس مکھن ½ اونس۔ مارملیڈ (marmalade) ایک اونس۔ اور چائے۔

دوپہر کا کھانا ۔ کوکو (cocoa) یا کافی (coffee) ۔
سہ پہر کا خاص کھانا ۔ سینڈوچز (sandwiches) ۲ اونس ۔ [مارمائٹ (marmite)، کریس (cress) یا لیٹوس (lettuce) وغیرہ] ۲ اونس ۔ چاول کی پڈنگ (pudding) ۴ اونس ۔ اور جیم (jam) ایک اونس ۔
چائے ۔ روٹی ۲ اونس ۔ مکھن ½ اونس ۔ جیم (jam) ½ اونس ۔ اور چائے ۔
رات کا کھانا ۔ بسکٹز (biscuits) ایک اونس ۔ اور کوکو ۔

درجۂ سوم

سیالات اور پھل وہی جو کہ درجہ دوم میں دیئے جاتے ہیں ۔
ناشتہ ۔ ٹوسٹ ۲ اونس ۔ مارملیڈ ایک اونس ۔ مکھن ½ اونس ۔ اور چائے ۔
دوپہر کا کھانا ۔ کوکو یا کافی ۔
سہ پہر کا خاص کھانا ۔ سینڈوچز ۲ اونس ۔ سبزیاں حسب خواہش ۔ چاول کی پڈنگ (pudding) ۴ اونس ۔ اور جیم ایک اونس ۔
چائے ۔ روٹی ۲ اونس ۔ سینڈوچز ایک اونس ۔ اور چائے ۔
رات کا کھانا ۔ بسکٹز یا سینڈوچز ایک اونس ۔ اور کوکو ۔

درجۂ چہارم

وہی کچھ جو کہ درجۂ سوم میں دیا جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہر روز ½ پائنٹ دودھ مچھلی ۴ اونس ۔ انڈا ایک عدد ۔

گو کہ حمل کے غیر پیچیدہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) میں پلازما بائی کاربونیٹ (bicarbonate) طبعی سے کم نہیں ہوتا، تاہم اس امر کی تائید میں سریری شہادت پیش کی گئی ہے کہ القلیز (alkalis = قلیاں) استعمال کرانا مفید اثر رکھتا ہے ۔ ان اصابتوں میں جن میں اڈیما (œdema = تہبج) پایا جاتا ہے اور جن میں ایک التہابی کلوی عنصر کا شبہ ہوتا ہے، یہ اثر خاص طور پر نظر آتا ہے ۔ القلیز (قلیوں) کو موثر مقداروں میں استعمال کروانا خطرے سے خالی نہیں ۔ لہٰذا اس پر اقتدار رکھنے کے لئے پلازما بائی کاربونیٹ کی بار بار تخمین کرنی چاہئے ۔ القلی ٹالرنس ٹسٹ (alkali tolerance test = تحمل القلی کا کاشفہ) جو کہ صرف بولی مشاہدات پر

منحصر ہوتا ہے، گمراہ کن ثابت ہو سکتا ہے، کیونکہ امراضیاتی حالتوں میں خاصکر جبکہ التہابی کلوی عامل موجود ہو، تاوقتیکہ خون میں بائی کاربونیٹ کا غیر معمولی طور پر بلند ارتکاز پیدا نہ ہو جائے، پیشاب قلوی نہیں ہوتا۔ بائی کاربونیٹ کے مفرط استعمال کے بعد متلی، قے، اسہال بلکہ ٹیٹنی (tetany = تکزز) تک پیدا ہو چکی ہے۔

بے نمک غذا کا فائدہ ایک مشکوک امر ہے۔

94

باب دہم

حمل کے ٹاکسیمیاز (toxæmias= تسمّمات الدّم)

ایکلیمپسیا (eclapmsia= اِنشاج)

ایکلیمپسیا (انشناج) اور پری ایکلیمپسیا (پیش انشناج)۔ ایکلیمپسیا (انشاج) ایک حادثہ ٹاکسیمیا (تسمم الدم) ہے جو کہ حمل کے آخری زمانہ میں، یا وضع حمل کیے دوران میں، یا نفاس کے ابتدائی زمانہ میں واقع ہوتا ہے۔ اس کی خصوصیت تشنجی اور حقیقی تشنجات ہیں جن کے بعد مختلف درجہ کا قوما (coma) نمودار ہوتا ہے۔ مہلک اصابتوں میں کبدی اور کلوی اضرار پائے جاتے ہیں، لیکن قطعی طور پر ممیز تغیرات کا مظاہرہ نہیں کیا گیا۔ خوش قسمتی سے ایکلیمپسیا (انشناج) کا ورود بعض تنبیہی سریری امارات اور علامات سے پہلے ہی معلوم ہوجاتا ہے، لہٰذا شاذ خاطف اصابتوں کو چھوڑ کر، باقی سب میں ایکلیمپسیا (انشناج) کو روکنا تقریباً تمامتر اس پر منحصر ہے کہ دیانت داری اور ذہانت کے ساتھ قبل الولادتی نگرانی اور علاج کیا جائے۔

پری ایکلیمپسیا (pre-eclampsia= پیش انشاج)

تقریباً ہمیشہ تشنجات کے آغاز سے قبل ایک قابل لحاظ پری ایکلیمپٹک (پیش انشناجی) درجہ پایا جاتا ہے۔ بالعموم سب سے پہلے البیومن یوریا (البیومن بولیت)

انتباہ کرتا ہے۔ البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی نسبتہً بہت شاذ اصابتیں ہیں جو ایکلیمپسیا (انشناج) پرختم ہوتی ہیں، لیکن ہر اصابت کے متعلق یہی سمجھنا چاہیے کہ یہ امکانی طور پر ایکلیمپٹک (انشناجی) ہے۔ استثنائی مثالوں میں البیومن یوریا (البیومن بولیت) اس وقت تک جب تک کہ ایکلیمپٹک (انشناجی) حالت قائم نہیں ہو جاتی، نمودار نہیں ہوتا، لیکن یہ ترتیب واقعات بہت شاذ ہے۔

قریب الوقوع ایکلیمپسیا (انشناج) کی سب سے زیادہ اہم امارت، ایک بڑھتا ہوا فشار خون ہے۔ ایکلیمپسیا (انشناج) اور تشنجات کی بعض ایسی اصابتیں بھی ہوئی ہیں کہ جن میں فشار خون طبعی رہا ہے، لیکن ان کی ایک بہت بڑی اکثریت میں حملہ سے پہلے اور حملہ کے ساتھ بڑھا ہوا فشار خون پایا جاتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ انکماشی ارتفاع ہونے سے قبل بالعموم ایک انبساطی بڑھاؤ بھی مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔ اس سے یہ خیال پیدا ہوتا ہے کہ ضاغط عامل، محیطی طور پر فعل کرتا ہے، جیسا کہ دیگر ملحوظات بھی ہم کو باور کراتے ہیں۔ عملی اغراض کے لئے حمل کے البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی ہر اس اصابت کو جس میں انکماشی فشار خون ۱۵۰ ملی میٹر یا اس سے بلند تر درجہ پر معتد بہ عرصہ تک قائم رہے، پری ایکلیمپٹک (پیش انشناجی) تصور کرنا مناسب ہے۔

پری ایکلیمپٹک (پیش انشناجی) حالت میں ہائپر پائیسیا (hyperpiesia= ارتفاع فشار) کے علاوہ حسب ذیل امارات اور علامات پائی جاتی ہیں۔ شراسیفی درد، متلی اور قے، کمی بصارت، دردسر اور شاید اڈیما (تہبج)۔ ان علامات کی شدت معتد بہ طور پر تغیر 95
پذیر ہوتی ہے، ممکن ہے وہ تقریباً غیر محسوس طور پر گزر جائیں، یا ممکن ہے مریضہ سخت بیمار پڑ جائے۔ دردسر بالعموم مواظب ہوتا ہے، اور فرانٹل (frontal= جبہی) خطہ کی طرف ریفرڈ (referred= محوّل) کیا جاتا ہے۔ مریضہ دھندلی بصارت، ڈپلوپیا (diplopia= شفع) آنکھوں کے سامنے روشنی کے چمکاروں، اور شاذونادر ناگہانی اندھے پن کی شکایت کرتی ہے۔ آفتھیلموسکاپک (opthalmoscopic= منظار العینی) امتحان کرنے پر البیومن یورک ریٹی نائٹس (albuminuric ritinitis= البیومن بولیتی التہاب شبکیہ) کا کوئی ممیز ثبوت نہیں پایا جاتا، اور عام طور پر صحتیابی ہونے پر بصارت مکمل طور پر بحال ہو جاتی ہے۔ پری ایکلیمپسیا (پیش انشناج) میں جس اڈیما (تہبج) کا آغاز ہوتا ہے وہ بالعموم عمومی ہوتا ہے، اور جسم کے

کسی حصہ میں بھی خاص طور پر نمایاں نہیں ہوتا، تاہم چہرے اور آنکھ کے پپوٹوں کی پھلاوٹ ایک عام خصوصیت ہے۔حمل کے اڈیما (تہیج) کا درجہ اور توزیع ضاغط عوامل کے علاوہ اس امر پر منحصر ہے کہ اس کی تہ میں جو کلوی نقص ہے اس کی صحیح نوعیت کیا ہے۔

ادنی شدت کی اصابتوں میں پیشاب کی مقدار بہت زیادہ نہیں گھٹتی۔قلت البول ایک تشویشناک امارت ہے، جو البیومن کانٹنٹ (albumin-content) کے ازدیاد سے بھی زیادہ تشویشناک ہے۔پری ایکلیمپٹک (پیش انشناجی) حالت کی وہ مریضات جن کا علاج کیا جاتا ہے تاوقتیکہ کوئی مزید پیچیدگی نہ پیدا ہو جائے شاذ و نادر ہی مرتی ہیں ۔ جب بعد الموت امتحان کیا گیا ہے تو گردوں میں بالکل وہی اضرار پائے جاتے ہیں جو ایکلیمپسیا (انشناج) میں پائے جاتے ہیں۔

خون کے تجزیہ سے کوئی ممیز غیر طبعی حالت دریافت نہیں ہوتی، باستثناء اس امر کے کہ شاید کبدی نقصان کا لونی ثبوت پایا جاتا ہے۔نائٹروجینی احتباس بالکل نہیں ہوتا، اور نان پروٹین نائٹروجین (nonprotein nitrogen) اور یوریا نائٹروجن (urea-nitrogen) طبعی حدود کے اندر پائی جاتی ہے۔

علاج

اولاً یہ کہ پری ایکلیمپٹک (پیش انشناجی) کیفیات کا علاج تحریزی ہے۔اگر البیومن یوریا (البیومن بولیت) کو جلد شناخت کیا جائے، اور ان اصابتوں کی جن میں البیومن یوریا پایا گیا ہو، گذشتہ باب میں بتائے ہوئے اصولوں کے مطابق سختی کے ساتھ نگرانی کی جائے، تو اکثر اصابتوں میں پری ایکلیمپٹک (پیش انشناجی) علامات شروع ہونے کا اندیشہ جاتا رہتا ہے۔ان احتیاطات کے علاوہ مریضہ کو بتا دینا چاہیئے کہ اگر اس کو دردسر دھندلی بصارت، اڈیما، یا حمل کے آخری زمانہ میں قے معلوم ہو، تو وہ فی الفور اپنے طبیب کو اطلاع کرے۔

اگر پری ایکلیمپٹک (پیش انشناجی) علامات پیدا ہو جائیں تو فی الفور علاج عمل میں لانا چاہیئے۔مریضہ کو سختی سے بستر پر لٹائے رکھنا چاہیئے، جہاں اس کی غذا کو مناسب اقتدار میں رکھا جا سکتا ہے۔معائی اخراج کو باقاعدہ رکھنا چاہیئے، اور مریضہ کی بولی برآمد اور فشار خون مشاہدہ کرنا چاہیئے۔

پچھلے باب میں ایک ڈائٹری (dietary = غذائی نظام) کا خاکہ پیش کیا گیا ہے۔ مختصراً غذا کی تقلیل پر پری ایکلیمپٹک (پیش انشناجی) اصابتوں میں اس سے زیادہ سختی کے ساتھ عملدرآمد کرنا چاہیئے، کہ جتنا غیر پیچیدہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی اصابتوں میں کیا جاتا ہے۔ تقلیل کس حد تک کرنی چاہیئے، یہ امر علامات کی شدت اور رفتار پر منحصر ہوتا ہے۔
ضرورت ہے کہ بکثرت اسہال لائے جائیں۔ اس کے لئے میگنیسیم سلفیٹ (magnesium sulphate) اور جلپ (jalap = جلاپا) قدیم اور مقبول ادویہ ہیں کیونکہ ان سے سیال اجابت ہوتی ہے، ان میں سے اول الذکر مرجح ہے۔ فعال ڈائی یوریٹک 96
(diuretic = مدرات بول) استعمال نہیں کرنے چاہئیں، کیونکہ یہ فائدہ کی بہ نسبت نقصان زیادہ کرتے ہیں۔ کثیر سیالی درآمد اور بشرط ضرورت ریکٹل سیلائنز (rectal salines = مستقیمی مالحات) کے استعمال پر بھروسہ کرنا بہتر ہے۔ مشروبات یا گرم غسلوں کے ذریعہ جلد کے فعل کو تحریک دینی چاہیئے۔

یہ انتہا درجہ ضروری ہے کہ بولی برآمد کے مسلسل مشاہدات کئے جائیں، اور فشار خون کے بار بار مقروآت لئے جائیں۔

اگر علاج سے حالت بہتر نہ ہو، اور بالخصوص اگر علاج کے باوجود فشار خون برابر بڑھتا جائے اور باقی علامات میں تشدید ہو جائے، تو ضروری ہو جاتا ہے کہ حمل کا خاتمہ کر دیا جائے۔ ۱۸۰ یا ۲۰۰ ملی میٹر کا فشار خون انتہائی طور پر خطرناک ہے۔

ماں کے نقطۂ نگاہ سے تو یہ بدیہی طور پر مرجح ہوگا کہ جوں ہی پری ایکلیمپٹک (پیش انشناجی) علامات نمودار ہوں، یا بہر حال جب تھوڑی مدت تک ڈی ٹاکسی کیٹنگ (detoxicating = سم ربا) علاج کر لیا جائے، تو حمل کا خاتمہ کر دیا جائے۔ تاہم شدید یا بڑھی ہوئی علامات کی عدم موجودگی میں یہ ضروری ہے کہ جنین کے مفاد پر غور کیا جائے، اور جب تک کہ جنین کی باقیماندگی اور باصحت نمو کے مواقع معقول طور پر یقینی نہ ہو جائیں اختتام حمل کو ملتوی رکھا جائے۔ ایک کمزور طفل کی ولادت غیر ضروری طور پر قبل از میعاد ہونا ایک بہت ہی المناک واقعہ ہے جس کو حتی الامکان کبھی نہ ہونے دینا چاہیئے۔ اگر ٹاکسیمیا (تسمم الدم) شدید درجہ کا ہو یا علاج کی مدافعت کرتا ہو، تو ماں اور جنین دونوں کے مفاد کیلئے حمل کو ختم کر دینے کی ضرورت ہے۔

حمل کو ختم کرنے کا طریقہ کیا ہونا چاہیئے، یہ امر بھی علامات کی شدت پر منحصر ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں جن میں حمل ختم کرنے کا فیصلہ اس بنا پر کیا گیا ہو کہ ایک معقول مدت تک استنظاری علاج کرنے سے بھی کچھ اثر نہیں ہوا، وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) سٹمک ٹیوب (stomach-tube= معدی نلی) کے ذریعہ یا تر جیحۃً اغشیہ کا انشقاق کر کے کرنا چاہیئے۔ لیکن اگر اصابت ضروری التوجہ ہو اور ایکلیمپسیا (انشناج) کا خطرہ قریب الوقوع ہو، جیسا کہ بڑھتے ہوئے فشار خون، سخت دردِ سر، قے یا دیگر تنبیہی علامات سے ظاہر ہوتا ہے، تو پھر سخت اندیشہ ہے کہ کہیں ان ڈکشن (induction= امالہ) کے معمولی طریقے وضع حمل کے بارے مل کر، تشنجات کی تعجیل نہ کر دیں، لہذا ان مثالوں میں بہت سے ماہرانِ قبالت اب بھی سیسیرین سیکشن (Cæserian section= شگاف قیصری) کے ذریعہ ولادت کرانے کی تائید کرتے ہیں۔

فی زمانہ قائم شدہ ایکلیمپسیا (انشناج) میں سیسیرین سیکشن (شگاف قیصری) کرنے کا فائدہ ثابت نہیں ہوا۔ البتہ پری ایکلیمپٹک (پیش انشناجی) اصابتوں میں اس وقت جبکہ تشنجات اور قوما ابھی پیدا نہ ہوئے ہوں، اس طریقہ ولادت کی تعریف میں اس سے بہتر کلمات کہے جا سکتے ہیں۔

شوکی اور مقامی این ایس تھیسیا (anæsthesia= عدم حسیت) کی اس بنا پر تائید کی گئی ہے کہ عمومی این ایستھیٹک (معدم حس) کبدی اور کلوی وظیفہ کی خرابی میں اضافہ کر سکتا ہے۔ لیکن سریری تجربہ اور عملی نتائج یہ ثابت کرنے کا رجحان رکھتے ہیں کہ مذکورہ خطرہ کے متعلق مبالغہ سے کام لیا گیا ہے۔ ایک ہنر مند ماہر عدم حسیت کے ہاتھ میں عمومی عدم حسیت بظاہر شدید خطرہ نہیں پیدا کرتی، اس کے برعکس اس کے اختیار کرنے میں بدیہی فوائد پائے جاتے ہیں۔

97

انشناج

تواتر۔ اعداد و شمار سے معلوم ہوتا ہے کہ ہر ۵۰۰ وضع الحملوں میں ایک بار ایکلیمپسیا (انشناج) ہوتا ہے۔ نگرانی کے زیادہ بہتر طریقوں کی صورت میں یہ عدد کم ہو جانا چاہیئے۔ مگر اس کے تواتر کو زیادہ صحت کے ساتھ دریافت کرنا مشکل ہے کیونکہ نجی خدمات میں

بہت سی اصابتوں کو آخر تک نہیں دیکھا جاتا ہے، بلکہ ہسپتال بھیجدیا جاتا ہے، اس لئے ممکن ہے کہ ہسپتال کے اعداد سے مبالغہ آمیز اندازہ حاصل ہو۔

ایکلیمپسیا (انشناج) تین زمانوں میں واقع ہوسکتا ہے، اور تین قسم کا ہوسکتا ہے۔

انٹی پارٹم (antepartum = قبل الولادتی)۔

انٹراپارٹم (intrapartum = درون ولادتی)۔

پوسٹ پارٹم (postpartum = بعدالولادتی)۔

ان میں سے اول دو قسمیں نہایت عام ہیں، تقریباً ۶۰ فی صدی اصابتیں دوران حمل میں، ۲۰ فی صدی وضع حمل کے دوران میں، اور ۲۰ فی صدی وضع حمل کے بعد واقع ہوتی ہیں۔ مذکورہ بالا حالت عموماً حمل کے دوسرے نصف میں نمودار ہوتی ہے، اور جوں جوں پورے دن قریب آتے جاتے ہیں زیادہ کثیر الوقوع ہوتی جاتی ہے۔ مگر یہ حمل کے ابتدائی مہینوں میں بھی واقع ہوسکتی ہے، اور ایک واقعہ بہت جلد یعنی تیسرے مہینہ کا درج کیا جا چکا ہے۔

وہ عورت اس مرض میں مبتلا ہونے کا زیادہ امکان رکھتی ہے جس کا حمل پہلا ہو چنانچہ ۶۰ تا ۸۰ فی صدی واقعات پرمی گریوڈا (primigravida = اولیں حاملہ عورتوں) میں ہوتے ہیں۔

کہا جاتا ہے کہ ایکلیمپسیا (انشناج) کے، اور ہائڈرامنیاس (hydramnios = کثرت رحل) اور توام حملوں کے درمیان کچھ تعلق موجود ہے۔ ایکلیمپسیا (انشناج) کے آٹھ فی صدی واقعات میں ہائڈرامنیاس (کثرت رحل) پایا گیا، درحالیکہ کل وضع الحملوں میں ایکلیمپسیا کا شمار صرف ۰،۵ فی صدی ہوتا ہے۔ انشناج کے ۲۴۵ واقعات کے ایک سلسلہ میں توام حملوں کی فی صدی تعداد ۷،۴ تھی، درحالیکہ توام پیدائشوں کی اوسط تعداد تقریباً ۱،۲ ہوتی ہے، لہذا واحد پیدائشوں کے مقابلہ میں توام حملوں میں ایکلیمپسیا (انشناج) ہونے کا تقریباً چار گنا زیادہ امکان ہے۔ ایسی اصابتوں کی اطلاع دی گئی جن میں ایکلیمپسیا (انشناج) کے ہمراہ ہائیڈیٹیڈیفارم مول (hydatidiform mole = ہائیڈیٹیڈ نما جنین کا ذب) پایا گیا ہے۔

سریری روداد۔ دو بالکل جدا گروہ شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ ایک میں ایکلیمپسیا

(انشناج) صرف مختصر انتباہ کے ساتھ یا بغیر کسی انتباہ کے واقع ہوتا ہے، ایسا ہونا ۱۵ فی صدی تعداد میں پایا گیا ہے۔ دوسری صورتوں میں علامات اسی طرح شروع ہوتی ہیں جیسے حمل کے ٹاکسک البیومن یوریا (toxic albuminuria = سمی البیومن بولیت) میں، جو کہ پہلے ہی بیان ہو چکا ہے، چنانچہ اس ٹاکسک البیومن یوریا (سمی البیومن بولیت) کو اسی وجہ سے بعض لوگوں نے پری ایکلیمپٹک ٹاکسیمیا (pre-eclamptic toxæmia = پیش انشناجی تسمم دم) کا نام دیا ہے۔ ان علامات کا مختصراً اعادہ کیا جاتا ہے۔ مریضہ کا عموماً پہلا حمل ہوتا ہے، وہ آخری مہینوں میں، اور نہایت عام طور سے ساتویں مہینے میں، درد سر قے اور ٹانگوں کے تہبج کی وجہ سے مشورہ کی طالب ہوتی ہے، اور قارورہ میں بہت البیومن پایا جاتا ہے۔ مریضہ کی حالت بہتر ہو جائے تو خیر، ورنہ اس کے ایکلیمپیا (انشناج) میں مبتلا ہونے کا امکان ہے۔ ان واقعات میں جن میں انجام کار ایکلیمپیا (انشناج) ہوتا ہے، عام طور سے علامات زیادہ نمایاں ہو جاتی ہیں اور پھر اسکے بعد اصل تشنج واقع ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں کہ جن کا اوپر ذکر کیا گیا ہے ایکلیمپیا (انشناج) صرف چند فی صدی میں ہوتا ہے۔

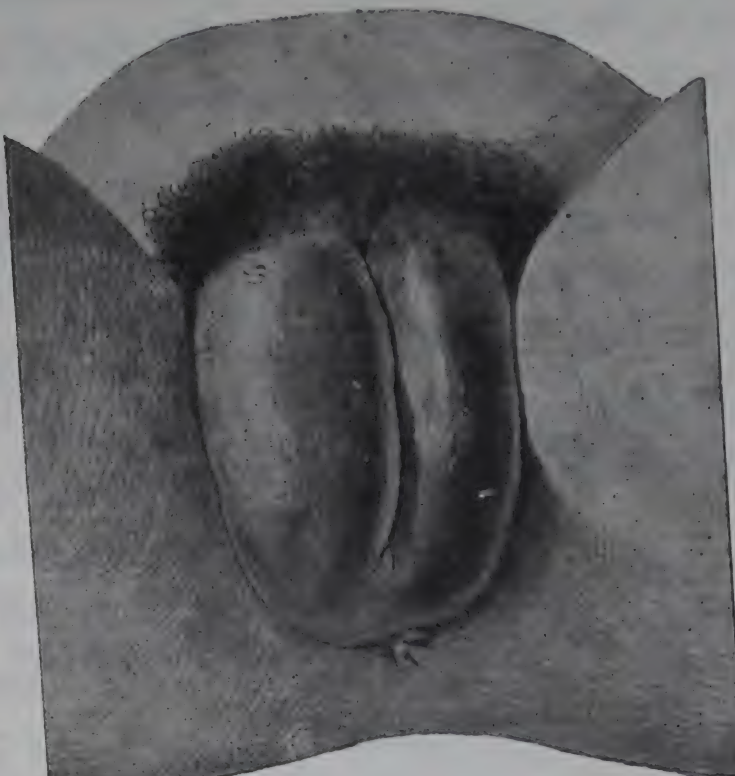
ایکلیمپیا (انشناج) کی انتباہی امارات۔ ایکلیمپیا (انشناج) کے 98
۳۴۷، واقعات کے ایک سلسلہ میں، جن کو حال میں جمع کیا گیا اور تحقیق کیا گیا ہے، ۸۵ فی صدی میں مختلف درجہ اور مدت کی انتباہی امارات موجود تھیں۔

۱۔ درد سر شدید اور مسلسل ہوتا ہے اور خاص کر فرانٹل (جبہی) خطہ میں محسوس ہوتا ہے۔

۲۔ مریضہ پپوٹوں کی پھولن اور اپنی آنکھوں کے سامنے روشنی کے چمکاروں کی شکایت کرتی ہے۔ ممکن ہے اُسے اشیا کا صرف نصف حصہ نظر آئے، یا وہ دو دو اشیاء دیکھے۔ ممکن ہے کہ وہ دفعتہً اندھی ہو جائے، اور اس کی کوئی انتباہی امارت واقع نہ ہو۔ آنکھ میں، بجز شدید تہبج، اور بعض اوقات ریٹنا (retina = شبکیہ) کی جزوی علیحدگی کے، کوئی تغیرات نہیں نظر آتے۔ ریٹینل (retinal = شبکیتی) نزفات عام نہیں ہوتے، اور اگر مریضہ صحتیاب ہو جائے تو یہ تغیرات سب کے سب غائب ہو جاتے ہیں۔

۳۔ شراسیفی درد اور قے۔

۴۔ تہبج بہت زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے، بالخصوص ٹانگوں اور فرج پر، جو ممکن ہے کہ متورم ہو جائیں (تصویر ۲۷)۔



تصویر ۲۷ ۔ فرج کا اڈیما (تہبج)

۵۔ قارورہ امتیازی تغیرات ظاہر کرتا ہے، اور اس کی مقدار بہت کم ہو جاتی ہے۔
ممکن ہے کہ چوبیس گھنٹوں میں ۵۰ اونس کی اوسط مقدار کے بجائے بہت کم یعنی ۴ تا ۸ اونس
پیشاب ہو، بعض اصابتوں میں مکمل سپریشن آف یورین (suppression of urine= 99
اُسرالبول) تک واقع ہو سکتا ہے، امتحان کرنے پر البیومن کی وجہ سے قارورہ تقریباً
ٹھوس معلوم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ البیومن کی مقدار ۱۰ گرام اور شدید اصابتوں میں ۳۰ یا
۴۰ گرام فی لیٹر ہو۔ یہ سیرم البیومن (serum albumin= مصلی البیومن) اور سیرم گلوبولین
(serum globulin= مصلی گلوبیولن) دونوں پر مشتمل ہوتا ہے، اور بقول بعض مشاہدین کے

اس کی موخرالذکر قسم کا جزو غالب ہوتا ہے۔
مختلف قسم کے کاسٹز(casts = سانک) پائے جاتے ہیں، جن میں زجاجی، اور ذراتی عام ترین ہیں۔ ممکن ہے کچھ اپی تھیلیل کاسٹز (epithelial casts = سرحلمی سانک) اور چند کلوی خلیات بھی پائے جائیں۔ خون اکثر اوقات موجود ہوجاتا ہے۔ عام طور سے ایسٹون (acetone) اور ڈائی اسیٹک ایسڈ (diacetic acid) موجود ہوتے ہیں۔

بطور امونیا (ammonia) خارج ہونے والی نائٹروجن اور بطور یوریا خارج ہونیوالی نائٹروجن کے درمیان تناسب، بالفاظ دیگر امونیا کوفشنٹ (قدر امونیا) بڑھ جاتا ہے۔

۶۔ فشار خون کی زیادتی۔

۷۔ حمل کے دوسرے نصف زمانہ میں وزن کا غیر معمولی طور پر زیادہ ہوجانا۔ طبعی ۳ پونڈ ماہانہ سے اگر ذرا بھی تجاوز ہوجائے، تو یہ ایکلیمپسیا (انشناج) کے آغاز کی ایک امکانی علامت ہے۔ اس غیر طبعی ازدیاد وزن کو واٹر ریٹینشن (water-retension = آبی احتباس) کا نتیجہ سمجھا جاتا ہے۔

اگر یہ علامات پیدا ہوجائیں تو مناسب علاج فوراً شروع کرنے پر اور اکثر اوقات باوجود علاج کے، یہ شدت میں بڑھ جاتی ہیں، اور مریضہ پر کسی لمحہ بھی ایکلیمپسیا (انشناج) کا حملہ ہوجانے کا احتمال ہے۔

تاہم خوش قسمتی سے یہ "انتباہی امارات" عموماً موجود ہوتی ہیں، مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ان میں سے بعض یا سب کی سب علامات مفقود بھی ہوسکتی ہیں۔ سب سے زیادہ مستمر علامات، فشار خون کی زیادتی، دردسر اور البیومن یوریا (البیومن بولیت) ہیں۔

دورہ کا بیان:۔ ایکلیمپسیا (انشناج) کا آغاز کسی وقت بھی ہوسکتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ اس وقت واقع ہو جبکہ مریضہ سو رہی ہو۔ ممکن ہے کہ صرف ایک ہی دورہ ہو، جس کا زیادہ امکان اس وقت ہے جبکہ دورہ، دوران وضع حمل میں ہو، یا وضع حمل کے بعد ہو۔ یہ دورہ عموماً بعد میں ایک دوسرا دورہ ہونے کی خبر دیتا ہے، اور متوالی دورے ہونیکا میلان ہوتا ہے۔ خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ دورے ایک سے لے کر تین بار تک واقع ہوں۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ ان کی بہت زیادہ کثرت دیکھی جائے جیسے

۵ سے ۱۰ تک بلکہ ۲۰ تک، اور نہایت شدید اصابتوں میں ۱۰۰ یا اس سے بھی زیادہ تک ممکن ہے کہ دورے ایک دوسرے کے بعد اسقدر جلد جلد واقع ہوں کہ قریب قریب مسلسل معلوم ہوں۔ یہ ضروری نہیں کہ دوروں کی تعداد حالت کی شدت پر دلالت کرے، مگر وہ اصابتیں کہ جن میں بہت دورے پڑیں، عموماً شدید ہوتی ہیں۔

عام طور پر یہ بیان کیا جاتا ہے کہ ایک دورہ کئی درجوں میں واقع ہوتا ہے، مگر یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ ان کے درمیان کوئی وقفہ نہیں ہوتا۔ مریضہ دورہ بھر میں بیہوش رہتی ہے۔ مختصر الفاظ میں، یہ دورے اپی لیپسی (epilepsy=صرع) کے دوروں سے بہت مشابہ ہوتے ہیں۔

تنبیہی درجہ :۔ عموماً دورہ چہرہ میں شروع ہوتا ہے۔ مریضہ اپنی آنکھیں
گھماتی ہوئی نظر آتی ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے چہرے اور ہاتھوں کے عضلات میں 100
خفیف جھٹکے ہوں۔ یہ درجہ صرف ۱۵ سے ۲۰ سیکنڈ تک رہتا ہے، اور ہمیشہ مشاہدہ میں نہیں آتا۔

ٹانک سٹیج (tonic stage= **تشنجی درجہ**)۔ عضلی انقباضات پھیلنے کی وجہ سے مریضہ اکڑ جاتی ہے۔ صدری عضلات، اور ڈایافرام کی تشنجیت سے چہرہ سایانوزڈ (syanosed= ازرق) ہو جاتا ہے۔ یہ درجہ نصف منٹ سے زیادہ نہیں رہتا، اور اس کے بعد رجفی درجہ آتا ہے۔ ممکن ہے کہ بھنچے ہوئے دانتوں کے درمیان زبان کٹ جائے۔

کلانک سٹیج (clonic stage= **رجفی درجہ**)۔ اب عضلات تشنجی طور پر منقبض ہو کر پھر مرتخی ہوتے ہیں، اس لئے یہ وہ درجہ ہے جس کی امتیازی خصوصیت تشنجی حرکات ہیں۔ ان حرکات میں جبڑے کے عضلات بھی شرکت کرتے ہیں، اس لئے ممکن ہے کہ مریضہ اپنی زبان کاٹ لے۔ جبڑے کی حرکات کی وجہ سے خون آلود لعاب میں جھاگ پیدا ہو جاتا ہے، اور مریضہ کے منہ سے جھاگ نکلنا بیان کیا جاتا ہے۔ چہرہ ممتلی ہوتا ہے۔ تنفس سٹرٹرس (stertorous= شخیری) اور مریضہ گہرے طور پر بیہوش ہوتی ہے۔ یہ درجہ نصف منٹ سے دو منٹ تک رہ سکتا ہے۔ اس کے بعد عموماً قوما (coma) کی حالت پیدا ہوتی ہے۔

قوما کی حالت۔ تشنج ختم ہو جانے کے بعد مریضہ پر عموماً قوما کی حالت طاری

ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت کئی گھنٹے قائم رہے جس کے بعد مریضہ ہوش میں آجاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ قوما صرف تھوڑی مدت کا ہو اور ایک دورہ کا وقوع اس کا خاتمہ کردے۔ شدید اصابتوں میں دورے ایک دوسرے کے بعد اتنا جلد جلد ہوتے ہیں کہ قومائی درجہ کے لئے کوئی وقفہ ہی نہیں ہوتا۔ حملہ کے دوران میں عموماً تپش کافی بڑھ جاتی ہے، ۱۰۴ اف یا ۱۰۵ اف کی تپش غیر معمولی امر نہیں ہے۔ وہٹرج ولیمس (Whitridge Williams) نے ایک مہلک واقعہ درج کیا ہے جس میں موت سے ذرا قبل تپش ۱۰۹،۵ ا تک بلند ہوگئی تھی۔ اس بلندئی تپش کا سبب یقینی طور پر معلوم نہیں، بعض لوگ اسکی وجہ یہ خیال کرتے ہیں کہ ایکلیمپسیا (اتشناج) کا سم تھرمک سنٹرز (thermic centres = حرارتی مرکزوں) کو ہیجان میں لاتا ہے۔ مگر دوسرے لوگ اسے اس امر کا نتیجہ سمجھتے ہیں کہ عضلاتی فعل سے حرارت کثرت سے پیدا ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک ہی دورہ ہو اور اس کے بعد مریضہ قوما کی حالت میں رہے۔

دورہ کی حالت میں دموی فشار نمایاں زیادتی ظاہر کرتا ہے۔ نبض پُر اور سخت ہوتی ہے اور شریانی سٹالک (cystolic = انکماشی) فشار بہت بلند یعنی سیماب کے ۲۵۰ ملی میٹر یا اس سے زیادہ تک ہوسکتا ہے۔

ایکلیمپسیا (اتشناج) میں دموی فشار کے اس ارتفاع کی نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ حملہ کے بعد فشار خون بسرعت گھٹ کر طبعی حالت پر آجاتا ہے۔ کرانک نفرائٹس (مزمن التہاب گردہ) کی اصابتوں میں دموی فشار کا حال اس کے برعکس ہوتا ہے یعنی وہ ولادت کے بعد بھی بلند رہتا ہے۔

قارورہ:۔ ایکلیمپسیا (اتشناج) کے دورہ کی اثناء میں قارورہ کے وہ
تغیرات جو اوپر بیان کئے گئے ہیں عموماً زیادہ بدیہی ہوتے ہیں۔ قارورہ کی مقدار ہمیشہ
101 کم ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ سپریشن آف یورین (احتباس البول) ہوجائے۔ مختلف قسم کے
کاسٹز (سبائک) اور عموماً زجاجی اور ذراتی کاسٹز (سبائک) موجود ہوتے ہیں۔ ایپی
تھیلیل کاسٹز (سرحلمی سبائک) اور منفرد کلوی خلیات بھی ہوسکتے ہیں مگر شاذ و نادر۔ خون
قریب قریب ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔

پروٹین زیادہ مقدار میں موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ اتنی زیادہ ہو کہ جب

ایس باخ کے ٹیوب (Esbach's tube=انبوبۂ ایس باخ) کے ذریعہ اس کی صحیح مقدار دریافت کریں، تو اس کی ترقیق کرنے کی ضرورت ہو۔ انتہائی اصابتوں میں ۳۰ سے ۴۰ گرام پروٹین فی لیٹر پائی گئی ہے، اور ممکن ہے کہ البیومن کے سبب سے قارورہ تقریباً ٹھوس ہو۔ سیرم البیومن (مصل البیومن) اور سیرم گلوبولین (مصل گلوبولین) دونوں موجود ہوتے ہیں، لیکن سیرم گلوبولین (مصل گلوبولین) مقابلۃً زیادہ مقدار میں ہوتا ہے۔

البیومن کی یہ بڑھی ہوئی برآمد صرف عارضی مدت کی ہوتی ہے۔ اس کی توجیہہ عضلاتی مشقت کی زیادتی کی بنا پر کی جاسکتی ہے۔ وضع حمل کے بعد عموماً ۴۸ گھنٹے کے اندر البیومن ایک گرام فی لیٹر سے بھی کم ہوجاتا ہے، پھر بسرعت کم ہوجاتا ہے، لیکن البیومن کا صرف ایک شائبہ ممکن ہے کہ کئی ہفتوں تک موجود رہے۔ یہ ضروری نہیں کہ زیادہ درجہ کے البیومن یوریا (البیومن بولیت) کے ہمراہ نمایاں کلوی ضررات پائے جائیں۔ نائٹروجن (nitrogen) کی مجموعی مقدار قارورہ میں نمایاں طور پر گھٹ جاتی ہے۔ یوریا (urea) کی مقدار، جو طبعی طور پر ۲ فی صدی ہوتی ہے، بہت کم ہوجاتی ہے، مگر امینو ایسڈس (amino-acids) اور کریٹینن (creatinin) میں زیادتی ہوجاتی ہے۔ اس لئے بصورت امونیا خارج ہونے والی نائٹروجن، اور بصورت یوریا خارج ہونے والی نائٹروجن کے مابین تناسب، یعنی امونیا کوفشنٹ (قدر امونیا) بلند ہوجاتا ہے۔

قارورہ میں نمکیات کی مقدار گھٹ جاتی ہے۔ اسیٹون (acetone) اور ڈائی اسیٹک ایسڈ (diacetic acid) عام طور سے موجود ہوتے ہیں، مگر ممکن ہے مفقود ہوں۔ ڈائی اسٹیس کانٹنٹ (diastase content = ڈائی ایسٹیس مافیہا) بھی بڑھ جاتا ہے۔

یہ ایک حیرتناک واقعہ ہے کہ دورہ کے بعد قارورہ کی مقدار ۴۸ گھنٹوں کے لئے بڑھ جاتی ہے۔ پیشاب بڑی مقداروں میں، جیسے کہ ۴ سے ۵ پائنٹ (pint) تک آتا ہے، اور پھر اس کی مقدار عموماً طبعی حالت پر آجاتی ہے۔

نفہیت کے دوران میں قارورہ، نائٹروجن کانٹنٹ (نائٹروجنی مافیہا) کی زیادتی ظاہر کرتا رہتا ہے۔ مگر یہ تغیر طبعی وضع حمل کے بعد بھی مشاہدہ میں آتا ہے، اور غالباً رحم کا انوولیوشن (involution = حکشی) عمل اس کا سبب ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایکلیمپسیا (انشاج) نائٹروجن کانٹنٹ (نائٹروجنی مافیہا) کی زیادتی، سمی اجزا کے اخراج کا نتیجہ ہونے کے علاوہ جزوی طور پر مذکورہ بالا سبب کا بھی نتیجہ ہو۔

پیچیدگیاں۔ ممکن ہے کہ دورہ کا نتیجہ یہ ہو کہ جبڑے کے غیر شعوری حرکات سے مریضہ کی زبان کو ضرر پہنچے، اور زبان میں سے جریان خون ہو جائے۔ اگر سر ایک جانب نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ دورہ میں مریضہ کا دم گھٹ جائے۔ لیکن زیادہ امکان یہ ہے کہ زمانہ مابعد میں نالیوں میں عفونتی لعاب کی دم کشی سے سپٹک برانکو نیومونیا (septic bronchopneumonia = عفونتی شعبتی ذات الریہ) پیدا ہو جائے، بالخصوص اگر دانت بوسیدہ ہوں یا غذا دینے کی کوشش کی گئی ہو۔

تشنجات کے عقب میں ہمیشہ تھوڑی یا طویل مدت کی بیہوشی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ
جب مریضہ اس حالت قوما سے بیدار ہو تو اُسے دوروں کی کوئی یاد نہ باقی ہو حتیٰ کہ دورہ کے 102
بعد کے ایک یا دو دن کی بھی یاد نہ ہو۔ یہ امر طبی قانونی حیثیت سے اہم ہو سکتا ہے۔

دورہ کے بعد ۵ سے ۷ فی صدی واقعات میں دماغی اختلال واقع ہوتا ہے، لیکن ایسے اختلالات عام طور سے صرف عارضی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ بعض مریضات کچھ دن بعد تک مخبوط الحواس رہتی ہیں، اور احباب کو شناخت نہیں کر سکتیں۔

ضررات چشم عام طور سے قائم نہیں رہتے، درانحالیکہ ان اصابتوں میں جنہیں حمل اور التہاب گردہ کو ریٹینائٹس (retinitis = التہاب شبکیہ) پیچیدہ کرتا ہے، یہ قائم رہتے ہیں۔

بعض اصابتوں میں مریضہ کو نمایاں طور پر یرقان ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تشنج کے دوران میں یا اس کے فوراً بعد دیکھا جائے۔ یہ امارات خطرناک انذاری اہمیت

رکھتی ہے، کیونکہ یہ شدید کبدی ابتلاء ظاہر کرتی ہے۔

اینٹی پارٹم ایکلیمپسیا (پیش ولادتی انشناج) کے بعد عموماً وضع حمل کا جلد ہی آغاز ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریضہ بچہ تولد ہوئے بغیر مرجائے۔ برخلاف اس کے ممکن ہے کہ وہ ولادت ہوئے بغیر ہی صحتیاب ہوجائے، اور بعد کے زمانہ میں عام طور پر ایک مردہ جنین خارج کرے، مگر بعض اوقات پورے دن پر ایک زندہ بچہ ہوتا ہے۔

انٹراپارٹم ایکلیمپسیا (درون ولادتی انشناج) میں یہ میلان ہوتا ہے کہ رحمی انقباضات قوت اور تواتر میں بڑھتے ہیں، اور اس لئے ولادت جلد ہوجاتی ہے۔

پوسٹ پارٹم ایکلیمپسیا (بعد الولادتی انشناج) ولادت کے بعد عموماً ۴۸ گھنٹے کے اندر نمودار ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے اس میں بہت یعنی ایک ہفتہ تک تاخیر ہوجائے۔ اب اسے غیر خبیث شکل نہیں تصور کیا جاسکتا۔ تشنجات ممکن ہے کہ یکے بعد دیگرے جلد جلد ہوں، اور ان صورتوں میں مادری اموات بہت زیادہ یعنی ۲۵ فی صدی تک ہونا بیان کی گئی ہیں۔

انذار

(الف) مال ۔ ایکلیمپسیا (انشناج) ایک شدید مرض ہے، اور ان خطرناک ترین حالتوں میں سے ہے کہ جن سے ایک ماہر فن قابلہ کو سابقہ پڑتا ہے۔ شرح اموات ۲۰ سے ۲۵ فی صدی ہے۔ ایکلیمپٹک (انشناجی) اموات کی کل شرح ۱۰۰۰ زچگیوں میں ۴ ہے۔ سلطنت متحدہ انگلستان کے مختلف حصوں کے بڑے بڑے ہسپتالوں سے دس سال (۱۹۱۱ تا ۱۹۲۰) کے اندر کے جو واقعات اکٹھا کئے گئے ہیں، اُن سے حسب ذیل اعداد و شمار حاصل ہوئے :۔

لندن	۲۱٫۹ فی صدی	(۷۴۵ واقعات)
شمالی انگلستان	۲۴٫۴۳ 〃	(۸۰۴ 〃)
مڈلینڈس	۲۵٫۱۰ 〃	(۳۰۲ 〃)
ایڈنبرا	۲۵٫۰۰ 〃	(۱۴۸ 〃)
ڈبلن	۱۰٫۲۹ 〃	(۲۰۴ 〃)

مختلف وجوہات کی بنا پر ہم یہ امید کرتے اور باور کرتے ہیں کہ مندرجہ بالا اعداد،

103 موجودہ زمانہ کی صورت حالات کی ترجمانی نہیں کرتے۔ اولاً اس امر کا لحاظ کرنا چاہئے کہ جس زمانہ کا ذکر ہے اس میں جنگ کے سال بھی شامل ہیں، جبکہ ہنر مندانہ علاج کم آسانی کے ساتھ حاصل ہو سکتا تھا۔ ثانیاً انٹی نیٹل (قبل الولادتی) نگرانی کا زیادہ عمومیت کے ساتھ اور زیادہ منظم طور پر اطلاق صرف ۱۹۲۰ء سے کیا گیا ہے۔ اس طریقہ کار سے ایکلیمپیا (انشناج) کی تحریزں سے قطع نظر، یہ فائدہ یقینی طور پر حاصل ہو سکتا ہے کہ شروع ہی میں تشخیص کیجا سکتی ہے اور علامات کے آغاز ہی پر علاج کا بندوبست کیا جا سکتا ہے۔

یہ دیکھا جائے گا کہ ڈبلن کے اعداد کسی دوسری جگہ سے حاصل ہوئے اعداد کی نسبت کم ہیں، جسے اس امر کی طرف منسوب کیا جاتا ہے کہ وہاں استنظاری طریقہ ہائے علاج اختیار کئے گئے تھے۔ اسٹرگناف (Stroganoff) کا خیال ہے کہ اگر استنظاری طریقے ابتدا ہی میں استعمال کئے جائیں اور مریضات کی طرف سے غفلت نہ کی جائے، تو ان اعداد میں اور بھی تخفیف کر کے ان کو دو فی صدی بنایا جا سکتا ہے۔

محولہ بالا جمع کئے ہوئے واقعات کے سلسلہ میں ایک دلچسپ بات یہ ہے کہ ایکلیمپیا (انشناج) ایک ملک میں بمقابلہ دوسرے ملک کے، اور ایک ہی ملک کے بعض اضلاع میں، زیادہ خطرناک نظر آتا ہے، اور یہی بات معلوم ہے کہ بعض شدید سرایتوں میں بھی پائی جاتی ہے۔

مندرجہ ذیل امور خراب انذار پر دلالت کرتے ہیں:—

۱۔ کہ قوما (coma) موجود ہو۔

۲۔ کہ رفتار نبض ۱۲۰ فی منٹ سے زیادہ ہو۔

۳۔ کہ تپش ۱۰۳ اف سے زیادہ ہو۔

۴۔ کہ دوروں کی تعداد ۱۰ سے زیادہ ہو۔

۵۔ کہ پیشاب کا افراز نمایاں طور پر کم ہو جائے یا سپریشن آف یورین (احتباس البول) ہو جائے، اور قارورہ جوش دینے پر منجمد ہو جائے۔

۶۔ قارورہ یا پیشاب کم ہونے کے باوجود اڈیما (تہبج) نہ ہو۔

۷۔ دموی فشار ۲۰۰ ملی میٹر سیماب سے زیادہ ہو۔

پوسٹ پارٹم ایکلیمپیا (بعد الولادتی انشناج) کی قسم میں انذار سب سے خراب ہوتا ہے۔

نیز انٹراپارٹم (درون ولادتی) صورتوں کے مقابلہ میں اینٹی پارٹم (قبل الولادتی) اصابتوں میں زیادہ خطرناک انذار ہوتا ہے۔

وہ اصابتیں جو خاطف طور پر واقع ہوتی ہیں اور جن میں انتباہی امارات پہلے سے دریافت نہیں ہوتے، اُن اصابتوں کے مقابلہ میں جن میں انتباہی امارات ہوتے ہیں اور جن میں اس وجہ سے علاج شروع ہوجاتا ہے، زیادہ خراب ہوتی ہیں۔

جب ایکلیمپسیا (اتشناج) ایسی مریضہ میں نمودار ہو کہ جیسے دیرینہ مرض گردہ ہو، یا جس کے پہلے ہی سے بچے ہوچکے ہوں، تو یہ زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔ اینٹی پارٹم ایکلیمپسیا (قبل الولادتی اتشناج) میں اگر جنین کی موت ہوجائے، تو انذار پر اچھا اثر پڑتا ہے۔ عموماً دورے بند ہوجاتے ہیں اور مریضہ کی حالت میں جلد ہی اصلاح شروع ہوجاتی ہے۔ مگر ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا، کیونکہ بعض اصابتیں مندرج ہیں جن میں ایکلیمپسیا (اتشناج) جنین کے اخراج کے وقت شروع ہوا حالانکہ جنین صریحی طور پر بہت پہلے مرچکا تھا۔

ماں کی موت کے فوری اسباب بکثرت ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ اختناق کی وجہ سے مرجائے۔ یہ اختناق، نوبت کے دوران میں تنفس کے رُک جانے سے واقع ہوتا ہے، یا دورہ میں بحالت قوما حنجرہ کے اندر لعاب یا خون داخل ہونے سے واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ موت پھیپھڑوں کے اڈیما (تہبج) سے ہوجائے، یا مریضہ نزف دماغ سے یا بڑھتے ہوئے قوما
104
سے مرجائے، یا زمانہ مابعد میں سپٹک برانکو نیوموئیا (عفونتی شعبتی ذات الریہ) یا عام سرایت سے مرجائے۔ موت کا فوری سبب عموماً قوما ہوتا ہے۔

یہ سوال اٹھایا جاسکتا ہے کہ اگر وہ صحتیاب ہوکر دوبارہ حاملہ ہوجائے، تو پھر کیا ہوگا۔ پہلا حمل ہوچکنے کے بعد عقبی حمول میں عام طور پر اس کا حملہ دوبارہ نہیں ہوتا۔ کبھی کبھی مریضہ کے کلوی فعل میں خفیف سا مستقل نقص پیدا ہوجاتا ہے، اور البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی شکایت باقی رہتی ہے۔ لیکن اگر ایکلیمپسیا (اتشناج) ایسی مریضہ میں واقع ہو جس کے پہلے ہی بہت سے بچے پیدا ہوچکے ہوں، اور جو مزمن مرض گردہ میں مبتلا رہ چکی ہو، تو دوروں کے دوبارہ واقع ہونے کا امکان ہے، اور اگر وہ دوبارہ حاملہ ہوجائے تو انذار زیادہ اندیشہ ناک ہوتا ہے۔

(ب) بچہ۔ اس کے لئے انذار خراب ہوتا ہے۔ ۹۴ فی صدی بچے مردہ پیدا

پلیٹ نمبر ۳

انشناج کی ایک مہلک اصابت کا جگر



تصویر ب۔ تراشس کرنے پر، سرخ رقبہ جات جو کہ نزف کا نتیجہ ہیں، انکا مرکزی حصہ تنخری اور پھیکی رنگت کا نظر آتا ہے۔



تصویر الف۔ جگر کی سطح پھیکی زرد ہے، اور کیسہ کے نیچے بکھرے ہوئے سرخ رقبہ جات نظر آ رہے ہیں۔

ہوتے ہیں، یا وضع حمل کے بعد فوراً ہی مرجاتے ہیں۔ ایکلیمپسیا (انشناج) سے مجموعی جنینی اموات کی تعداد ہر ۱۰۰۰ اہزار وضع الحملوں میں ۲۰۰ ہے۔

موت کا سبب اختناق ہوتا ہے، جو غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ تشنج کے دوران میں پلیسنٹا (مشیمہ) کے اندر مادری خون کے بہاؤ میں مزاحمت ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ موت ٹاکسیمیا (تسمم الدم) کا نتیجہ ہو، کیونکہ جگر اور گردے ایسے ہی ضررات ظاہر کرتے ہیں جیسے کہ زچہ میں، یا یہ ممکن ہے کہ وضع حمل میں تعجیل کے لئے قبالتی دست ورزی کی جائے اور اس سے نقصان واقع ہو کر موت ہو۔

خواہ بچہ زندہ بھی تولد ہو، تو بھی پری میچوریٹی (ناپختگی) کی وجہ سے بعد میں مرجا سکتا ہے کیونکہ وضع الحمل اکثر پورے دن سے قبل واقع ہوتا ہے۔ ولادت کے چند منٹ بعد تشنجات ہونا عام امر ہے۔

مرضیاتی تشریح

ایکلیمپسیا (انشناج) کے ہلک واقعات میں جگر، گردے، طحال، قلب، اور دماغ میں ضررات ظاہر ہوتے ہیں۔ جگر میں یہ ضررات نہایت ممیز نوعیت کے ہوتے ہیں۔

جگر۔ ایک بخوبی نمایاں اصابت میں جگر کا رنگ پھیکا زرد ہوتا ہے، اس کے کیسہ کے نیچے سرخ رقبات منتشر ہوتے ہیں۔ ان رقبوں کے مرکز میں زیادہ پھیکے زرد رنگ کے تنخری حصے نظر آسکتے ہیں۔ یہ سرخ رقبات، نزف کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں، اور یہ عموماً چھوٹے ہوتے ہیں، مگر ممکن ہے کہ بڑی جسامت کو پہنچ جائیں، (پلیٹ III)۔ چند مثالیں ایسی مندرج ہوئی ہیں، جن میں ایسے رقبہ نے سطح جگر کا ایک بڑا حصہ گھیر لیا ہے اور رقبہ کے اوپر کا کیسہ ٹوٹ گیا ہے اور انٹرا پیری ٹونیل (intra-peritoneal = درون باریطونی) مہلک نزف واقع ہوا ہے۔

اگر جگر کو تراشا جائے تو کٹی ہوئی سطح بھی پھیکی زرد ہوتی ہے اور نزف کے رقبات یہاں بھی دیکھے جا سکتے ہیں، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ تغیر کبدی جرم کے اندر اور سطح پر دونوں جگہ واقع ہوتا ہے۔

خردبینی امتحان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ضررات خاص طور پر پورٹل وینز

(portal veins= بابی وریدوں) کے خط میں واقع ہوتے ہیں، اور ان وریدوں میں
علقیت ہوتی ہے۔ سُرخ رقبات ایسے انحطاط یافتہ کبدی خلیات پر مشتمل
ہوتے ہیں جو اپنا خلوی خاکہ کھو چکتے ہیں اور چربیلے ہوتے ہیں، اوران پر دموی 105
خلیات حملہ کرتے ہیں اور اُن کو جدا کر دیتے ہیں۔ یہ تغیر لختک کے محیط پر نہایت
نمایاں ہوتا ہے۔ ہائپر یمیسس (hyperemesis= استفراغ شدید) میں جگر کے اندر
مماثل تغیرات واقع ہوتے ہیں، لیکن ایکلیمپسیا (انشناج) کے برعکس یہ ہوتا ہے کہ لختک کے
مرکز پر ضررات زیادہ واضح ہوتے ہیں۔ مگر ایکلیمپسیا (انشناج) میں بھی یہ ممکن ہے کہ انحطاط
بیرونی حصہ تک محدود نہ ہو بلکہ اندر کی جانب بڑھا ہوا ہو اور مرکزی حصہ کو متاثر کرتا ہو،
اور انٹر لابیولر وین (interlobular vein= درون لختکی ورید) خود بھی علقیت یافتہ
ہو گئی ہو۔

گردے۔ گردے عموماً بڑھ جاتے ہیں۔ عموماً دونوں گردے برابر کی جسامت کے ہوتے ہیں، مگر کبھی کبھی ممکن ہے کہ ایک گردہ دوسرے سے بہت بڑا ہو۔ وہ پھیکے زرد رنگ کے ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ کیسہ کے ذرا نیچے خون کے انصبابات پائے جائیں۔

تراشنے پر سطح زرد نظر آتی ہے۔ کارٹکس (cortex= قشرہ) دبیز اور پھیکا زرد ہوتا ہے، جو گہرے ممتلی اور زیادہ مرکزی حصوں سے نمایاں طور پر ممتاز ہوتا ہے۔ کارٹکس (قشرہ) اور میڈلا (meduila= لب) کے مابین بھی نزفات ہونا غیر عام نہیں ہے۔

خرد بینی امتحان یہ ظاہر کرتا ہے کہ کلوی جرم کے جملہ حصے ماؤف ہیں، لیکن ضررات کانوولیوٹڈ ٹیوبولز (convuluted tubules= ملفف انابیب) کے خط میں نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ یہ ضررات خصوصیت سے انحطاطی ہوتے ہیں نہ کہ التہابی، اور اُن ضررات کے مشابہ ہوتے ہیں جو گردوں میں سموم، مثل فاسفورس یا ذراریح (cantharides) کے اخراج کے بعد پائے جاتے ہیں۔ کانوولیوٹڈ ٹیوبولز (ملفف انابیب) کے درونے تعلمے کاسٹز (سائنک) سے بھرے ہوتے ہیں، اور یہ کاسٹز (سائنک) برباد شدہ نخز مایہ اور زجاجی مادہ سے مرکب ہوتے ہیں، انابیب کا استر بنانے والے خلیات کا اب کوئی معین خاکہ نہیں رہتا، اور ممکن ہے کہ نواتیں بھی نہ نظر آئیں۔ گلامرولائی

(glomeruli= گویکے) مقابلتاً خفیف تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔ وریدیں پُر ہوتی ہیں،
اور بہت سی علقیت یافتہ ہوتی ہیں۔ رخنی توصیلی بافت اڈیمٹس (تہبج) ہوتی ہے، اور
شاذ صورتوں میں چھوٹے خلیات سے دریختہ ہوتی ہے۔ انٹرلابیولر (بین لختکی) توصیلی
بافت میں اکثر اوقات چربیلے تودے دیکھے جا سکتے ہیں۔

زیادہ حالیہ مشاہدات [بیرڈ (Baird) اور شاڈن (Shaw Dunn)] بظاہر
یہ ثابت کرتے ہیں کہ مہلک ایکلیمپسیا (انشناج) میں عام کلوی ضرر گلامریولر (گویکی) ہوتا
ہے، جس کی امتیازی خصوصیت شعری دیواروں اور اینڈوتھیلیم (endothelium=
درحلمہ) کی دبازت ہوتی ہے۔ مذکورہ بالا مشاہدین کے مطابق ٹیوبولر (tubular=
انیبیبی) تغیرات کم مستمر ہوتے ہیں، اور شاید ان کی اہمیت ثانوی ہوتی ہے۔

یورٹرز (ureters= حالب) ۔ یورٹرز (حالبین) بیشتر اوقات متسع پائے
جاتے ہیں۔ مگر ایکلیمپٹک (انشناجی) حالت اس سے پیدا نہیں ہوتی، کیونکہ حاملہ عورتوں میں
یہ اتساع ایکلیمپسیا (انشناج) سے قطعاً الگ مشاہدہ کیا گیا ہے (تصویر ۴۲)۔

سپلین (spleen= طحال) ۔ کبھی کبھی ویسے ہی ضررات جیسے کہ
جگر میں ہونا بیان کئے گئے ہیں، طحال میں بھی مشاہدہ کئے جا سکتے ہیں، مگر وہ ہرگز اتنے
نمایاں نہیں ہوتے بلکہ اکثر اوقات موجود ہی نہیں ہوتے۔

قلب ۔ تقریباً ۶۵ فی صدی مثالوں میں قلبی عضلہ کے اندر نزف اور تنخر کے
106 رقبات پائے جاتے ہیں۔ ذراتی اور شحمی انحطاط ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ ریڈ بلڈ کارپسکلز
(red-blood corpuscles= سرخ دموی جسیموں) کے اندر شحمی گلوبیجے موجود ہوتے ہیں۔

دماغ ۔ ۹۰ فی صدی مثالوں میں ضررات مشاہدہ کئے جا سکتے ہیں۔ عروقِ
شعریہ میں علقیت ہوتی ہے، نزف کے چھوٹے رقبات بکثرت ہوتے ہیں، عصبی خلیات
اور ریشے انحطاط یافتہ ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں سب ڈیورل (subdural=
زیرجافی) نزفات دیکھے گئے ہیں۔ عموماً کارٹکس (قشرہ) اور گہری نواتوں میں ضررات
واقع ہوتے ہیں۔ یہ تغیرات، دوروں کا نتیجہ ہیں، سمی اصل کے نہیں ہیں۔

ایکلیمپٹک (انشناجی) ماؤں سے پیدا ہوئے بچوں پر جو تحقیقاتیں کی گئی ہیں،
اُن سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ ضررات ماں تک ہی محدود نہیں ہیں، بلکہ مماثل نوعیت

کے تغیرات جنین کے جگر میں بھی پائے جاسکتے ہیں۔

انشناج کا علاج

اس کا بیان دو عنوانات کے تحت میں کیا جاسکتا ہے یعنی (۱) تحریزی اور (۲) شافی۔

تحریزی ۔ حفظ ما تقدمی تدابیر کی اہمیت بہت زیادہ ہے۔ ان کو پہلے البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور پری ایکلیمپسیا (پیش انشناج) کے باب میں بیان کیا جاچکا ہے۔ اس حالت میں علاج کا مقصد خود ایکلیمپسیا (انشناج) کے آغاز کو روکنا ہوتا ہے۔ یہ سمجھنا چاہیئے کہ اگر مناسب اینٹی نیٹل (پیش ولادتی) نگرانی اختیار کیجائے تو یہ حالت بڑی حد تک قابل تحریز ہے۔ ایکلیمپسیا (انشناج) کو روکنا زیادہ آسان ہے، بہ نسبت اس کے کہ اس کو اچھا کیا جائے۔

ہر حاملہ عورت کا قارورہ تمام حمل کے دوران میں باقاعدہ وقفوں پر معائنہ کرنا چاہیئے، کہ اس میں البیومن موجود ہے یا نہیں (دیکھو صفحہ 79)۔ پرمی گریویڈا (اولیں حاملہ عورت) میں یہ احتیاط خاص طور پر اہم ہے، اس وجہ سے کہ جو عورتیں اول اول حاملہ ہوتی ہیں ان میں ایکلیمپسیا (انشناج) زیادہ کثیر الوقوع ہے۔

ڈاکٹر کو مریضہ کو خبردار کر دینا چاہیئے کہ اگر مریضہ کے پیشاب کی مقدار کم ہو جائے یا اسے دردسر، مثلئ اُڈیما (تہبج) یا دھندلی بصارت ہو، تو وہ طبیب کو فوراً مطلع کردے۔ اگر ان میں سے کوئی علامت موجود ہو تو مریضہ کا وہی علاج کرنا چاہیئے جیسا کہ حمل کے ٹاکسیمیا (تسمم دم) کے لئے کیا جاتا ہے۔

شافی علاج

دورہ کا علاج ۔ یہ زیادہ بہتر ہے (بشرطیکہ قابل عمل ہو) کہ دورہ میں مریضہ کو ہلایا جلایا نہ جائے، بلکہ جہاں وہ ہے وہیں رہنے دیا جائے، تاکہ غیر ضروری دست اندازی کی تحریک سے دوسرا دورہ پڑ جانے کا خطرہ کم ہو جائے۔

دانتوں کے درمیان کسی قسم کا گیگ (gag = مکعم) ضرور رکھدینا چاہیئے مصنوعی

اور ہلتے ہوئے دانت بھی نکال دینا چاہئیں، ورنہ ممکن ہے کہ وہ حلق یا حنجرہ میں محصوض ہو جائیں، اور اغتصاص پیدا کریں۔ یہ کام چمچہ کے دستہ سے یا ایسے ہی کسی اور اوزار
107 سے جس پر رومال لپیٹ دیا گیا ہو، بھی کیا جا سکتا ہے۔ گیگ (gag= کمم) اس لئے استعمال ہوتا ہے کہ تشنج اور بیہوشی کی حرکات میں مریضہ اپنی زبان نہ کاٹ لے۔

جب دورہ ختم ہو جائے، تو سر کو آہستگی کے ساتھ ایک جانب پھیر دینا چاہئے، تاکہ خون یا لعاب منہ سے باہر نکل جائے، اور تنفسی نالیوں میں کچھ نہ جانے پائے، کیونکہ ایسا ہونے سے مریضہ کا دم گھٹ جا سکتا ہے یا سپٹک برانکو نیومونیا (septic bronchopneumonia= عفونتی ذات الریہ شعبتی) کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر مخاط زیادہ ہو، یا سانس میں بلبلے کی آواز ہو، یا سانس دقت سے آتی ہو، تو سر کو بستر کے کنارے پرلے آنا چاہئے، اور چہرہ نیچے کی جانب کر کے پشت بلعوم کو پچارنا چاہئے۔ اگر یہ احتیاطیں نہ برتی جائیں تو ممکن ہے کہ مریضہ کا دم گھٹ جائے اور وہ اپنے ہی افراز میں ڈوب جائے۔ اس لئے یہ قطعاً ضروری ہے کہ ایک تربیت یافتہ نگران ہر وقت مریضہ کے پاس رہے۔ اگر سیایانوسس (زراق) قائم رہے تو آکسیجن کی رسد تیار رکھنا قرین مصلحت ہے۔ مریضہ کو اپنے آپ کو ضرر پہنچانے سے بہ آہستگی باز رکھنا چاہئے۔ ایک تکیہ اس کے سر کے نیچے رکھ دینا چاہئے، اور گردن اور سینہ کے اطراف میں کپڑے ڈھیلے کر دینے چاہئیں۔

دورہ کا عود روکنا۔ اکلیمپسیا (انشاج) کی بہت سی مریضاؤں کا علاج مناسب طور سے گھر پر نہیں کیا جا سکتا اور ان کے لئے ہسپتال کے ذرائع و وسایل کی ضرورت ہوتی ہے۔

عام ۔ مریضہ کو بستر پر لٹا دینا چاہئے۔ اس کے کپڑے آہستگی سے اتار دینے چاہئے، اور کوئی شئے جو خراش آور ہو اس کی جلد سے نہ لگی رہنے دی جائے۔ جب تک کہ مریضہ بستر پر رہے، اس وقت تک ہر قسم کی دست ورزی جیسے کہ مہبلی امتحانات، حقنہ وغیرہ سے اجتناب کرنا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ یہ تدابیر تشنج پیدا کر دیں۔ بہتر ہے کہ کمرہ عمارت کے خاموش ترین حصہ میں ہو۔ کمرہ کی چلمنیں ڈال دینا چاہئیں اور اس کو تاریک کر دینا چاہئے، مگر مریضہ کی مناسب نگرانی اور علاج کیلئے کافی روشنی میسر رہنا چاہئے۔ کسی تیز روشنی یا ایکبارگی شور جیسے دروازہ زور سے بند کرنا یا ٹیلیفون کی گھنٹی بجانا اس کی اجازت نہ دینی چاہئے۔ زیادہ قرین عقل یہ ہے کہ

ڈاکٹر اور نرس (nurse= ممرضہ) کے سوا کسی اور کو کمرہ میں نہ رہنے دیا جائے۔

مسکن ادویہ ۔ عصبی توانائی کے انفجارات جو تشنجی حرکات پیدا کرتے ہیں انکی روک تھام کرنے کے لئے مسکن ادویہ استعمال کی جاتی ہیں۔ ان میں حسب ذیل ادویہ پر غور کرنے کی ضرورت ہے۔

مارفیا (morphia)۔ مارفیا بےچینی کم کرنے میں، اور دورہ کے وقوع کو روکنے میں نمایاں اثر رکھتا ہے۔ یہ خونی فشار کو گھٹاتا ہے، اور پروٹینی تحول کو روکنے کا رجحان رکھتا ہے۔ لیکن ان اصابتوں میں جو اینوریا (anuria= عدم بولیت) ظاہر کرتی ہیں، یا جن میں افراز بول نمایاں طور پر کم ہو جاتا ہے اس کا استعمال ممنوع ہے۔

مارفیا پوری خوراکوں میں یعنی $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ گرین تک تحت جلد اشراب کے ذریعہ دیا جاتا ہے۔ بالعموم یہ $\frac{1}{100}$ گرین اٹروپین سلفیٹ (atropine sulphate) کے ساتھ ملا کر دیا جاتا ہے تاکہ تنفسی مرکز پر انخفاضی اثرات کا ازالہ کیا جائے۔ اگر مریضہ پر دو گھنٹہ کے اندر دوا کا اثر نہ ہو تو مکرر خوراک دیجا سکتی ہے مگر بغیر اٹروپین (atropine) کے۔ ۲۴ گھنٹوں میں خوراکیں بہ تکرار کل دو گرین تک دیجا سکتی ہیں، مگر اس کی ضرورت صرف اُن اصابتوں میں ہوتی ہے جن میں تشنجات جاری رہیں۔ رفتار تنفس پر نگاہ رکھنے کی احتیاط کی ضرورت ہے، اور اگر یہ گھٹ جائے تو خوراکیں جاری نہ رکھنا چاہئیں۔ 108

ویریٹرم ویریڈ (veratrum viride) ۔ بعض لوگوں نے اس دوا کی بڑے زور سے سفارش کی ہے۔ بعض اصابتوں میں اس کے دینے کے بعد دوروں کے عود میں نمایاں کمی ہو جاتی ہے۔ دوا کا فعل غالباً اس کے وازو ڈائیلیٹر (vaso-dilator= موسع العروق) اور ڈائی یوریٹک (diuretic= مدر بول) تاثیر کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یہ نبض کو سست اور فشار خون کو پست کر دیتی ہے۔ ٹنکچر (tincture) کی مقدار خوراک ۱۵ ابوند آدھ آدھ گھنٹہ کے وقفہ سے دی جاتی ہے، یہاں تک کہ ضربات قلب کم ہو کر ۶۰ ضرب فی منٹ ہو جائیں۔ یہ زیادہ بہتر ہے کہ اس کو نصف سی سی ویریٹرون (veratrone) کی صورت میں درون عضلاتی اشراب کے ذریعہ دیا جائے، کیونکہ ٹنکچر کا معیار مختلف ہو سکتا ہے۔ برخلاف اس کے اگر مریضہ کمزور ہو، تو مذکورہ بالا دوا کے استعمال میں خطرہ ہے، کیونکہ قلبی عضلات پر یہ نمایاں منخفض اثر رکھتی ہے۔ اس کا استعمال ان مریضات تک

محدود رکھنا چاہیئے جن میں فشارخون بلند ہو، رفتار نبض سریع ہو، اور دورے کثرت سے ہوتے ہوں۔ اس کا استعمال کرتے وقت یہ ضروری ہے کہ رفتار نبض اور فشارخون کی مناسب اور وقتاً فوقتاً نگرانی کی جائے، کیونکہ اصلی مقدار خوراک انہی چیزوں پر منحصر ہوتی ہے۔ اگر فشارخون ۱۹۵ ملی میٹر سیماب سے متجاوز ہو، تو ایک سی سی، اگر ۱۷۵ اور ۱۹۵ کے درمیان ہو تو $\frac{3}{4}$ سی سی اور اگر ۱۵۵ اور ۱۷۵ کے درمیان ہو، تو $\frac{1}{2}$ سی۔ سی، اور اگر ۱۴۰ اور ۱۵۵ کے درمیان ہو، تو $\frac{1}{4}$ سی سی ویراٹرون دینی چاہیئے۔ اگر محتاط نگرانی کی جائے تو اس سے دوروں کی تعداد پر اقتدار رکھنے میں قیمتی مدد ملتی ہے۔ تاہم اسکو مارفیا کے ساتھ ممزوج کرکے نہ دینا چاہیئے۔

کلوروفارم۔ زمانہ ماضی میں کلوروفارم انٹراپارٹم ایکلیمپیا (درون ولادتی انشناج) کی صورتوں میں، اور کسی ضروری قبالتی دست ورزی کے دوران میں دیا گیا ہے۔ اس میں بعض فوائد ہیں، کیونکہ اس کا فعل سریع ہوتا ہے، اور یہ جلد خارج ہو جاتا ہے۔ مزید براں یہ اس مریضہ کو بھی دیا جا سکتا ہے جو بیہوش ہو یا نگلنے کے ناقابل ہو، اور اس کا دینا آسان ہے۔ تاہم نگران کے لئے اس کا زیادہ دیر تک دینا مشکل ہے، کیونکہ نگران کے مسلسل موجود رہنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ کہا جاتا ہے کہ اس سے جگر میں عین وہی ضرر ات پیدا ہوتے ہیں جو ایکلیمپیا (انشناج) میں ہوتے ہیں، اور کبھی کبھی دوروں کے عود کی روک تھام پر اس کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ ایکلیمپیا (انشناج) کی اصابتوں میں چونکہ کلوروفارم سے جگر کو نقصان پہنچنے کا امکان ہے، اور نیز ایسیڈوسز (ترشہ سمیت) میں جو پہلے ہی سے موجود ہے زیادتی کا خطرہ ہے لہذا بہت دیر تک کلوروفارم کا استعمال کرنا خلاف مصلحت ہے۔ اسی وجہ سے اورٹین (avertin) بھی امکانی طور پر خطرناک ہے، اور اسی طرح باربیٹوریٹنز (barbiturates) خواہ یہ کسی شکل میں ہوں مثلاً ایویپان (evipan)، نیم بوٹال (nembutal) یا پرنکٹان (pernocton)۔

نائٹرس اکسائیڈ (nitrous oxide) اور آکسیجن کا این ایستھیسیا (عدم حسیت) بشرطیکہ اس کو کوئی ماہر استعمال کرائے، تقریباً یقینی طور پر ایکلیمپٹک (انشناجی) مریضات کے لئے سب سے بے ضرر اور بہتر طریقہ ہے۔ اگر ماہرانہ استعمال حاصل نہ ہو، تو مناسب یہ ہے کہ گیس (gas) کے ذریعہ امالہ کرنے کے بعد تھوڑی ایتھر (ether) دے دی جائے تاکہ عملیتی کارروائی کو اس کو تھمنے اور کشمکش کے بغیر انجام دیا جا سکے جو کہ غیر مشاق ہاتھوں میں گیس اور آکسیجن

این ایس تھیسیا (عدم حسیت) کا لازمہ ہے۔

کلورل ہائیڈریٹ (chloral hydrate) اور پوٹاسیم برومائیڈ (potassium bromide)۔ مارفیا اور کلوروفارم کی بجائے دیئے جا سکتے ہیں، لیکن اگر ضرورت ہو تو ان کا مارفیا کے ساتھ ممزوج کرنا زیادہ بہتر ہے۔

اگر مریضہ ہوش میں ہو تو ان کو منہ سے دینا چاہیئے، ان کی ہر ایک کی خوراک پندرہ پندرہ گرین ہے، جو گھنٹہ گھنٹہ بھر کے وقفوں سے دینی چاہیئے، حتیٰ کہ چار خوراکیں ہو جائیں۔ اگر مریضہ بیہوش ہو تو اس سے دگنی مقدار اسٹارچ میوسیلج کے ساتھ شامل کر کے معائے مستقیم کی راہ سے دینی چاہیئے۔

اگر چار خوراکیں دینے کے باوجود کوئی اثر ظاہر نہ ہو، تو ان کا استعمال بند کر دینا زیادہ بہتر ہے۔

اسٹرگناف (Stroganoff) کا "حفظِ ماتقدمی" طریقہ۔ اس اصول علاج کی طرف نہایت ہی عمدہ نتائج منسوب کئے گئے ہیں۔ اصل مقصد یہ ہوتا ہے کہ دوروں کو بند کیا جائے۔ خارجی خراش کو کم از کم بنانے کے لئے جو تدابیر اختیار کی جاتی ہیں، ان کے علاوہ مارفیا اور کلورل ہائڈریٹ کی معتدبہ خوراکیں بھی دینی چاہئیں۔ مندرجہ ذیل اسکیم اسٹرگناف کی اس مضمون پر تازہ ترین اشاعت سے لی گئی ہے:۔

شروع میں ۱/۶ تا ۱/۴ گرین مارفیا (ہائڈروکلورائیڈ) زیر جلدی طور پر دیا جاتا ہے۔

اس کے ایک گھنٹہ بعد ۲۴ تا ۴۰ گرین کلورل ہائڈریٹ براہ معائے مستقیم یا براہ دہن دیا جاتا ہے۔

ابتدائے علاج سے تین گھنٹہ بعد ۱/۶ تا ۱/۴ گرین مارفیا زیر جلدی طور پر دوبارہ دیا جاتا ہے۔

اس سے چار گھنٹہ بعد ۲۴ تا ۴۰ گرین کلورل ہائڈریٹ براہ مستقیم یا براہ دہن دوبارہ دیا جاتا ہے۔

ابتدائے علاج سے تیرہ گھنٹہ بعد ۱۶ تا ۳۲ گرین کلورل ہائڈریٹ دیا جاتا ہے، اور اس خوراک کو آٹھ گھنٹہ بعد مکرر دیا جاتا ہے۔

اگر مریضہ ہوش میں ہو تو اس کو براہ دہن کلورل ہائڈریٹ (۲ تا ۴ اونس) دودھ کے

ہمراہ دیا جاتا ہے۔ بیہوشی کی حالتوں میں اس کو براہ مستقیم دودھ اور فزیلاجیکل سیلائن (pbysiological saline= فعلیاتی مالح) (ہر ایک ½۳ اونس) کے ہمراہ دیا جاتا ہے۔ اس خوراک کو ایکلیمپیا (انشناج) اور طاقتور افراد میں زیادہ کر دیا جاتا ہے، اور خفیف قسم کے ایکلیمپیا (انشناج) اور ناطاقت مریضات میں کم کر دیا جاتا ہے۔

پہلے دو تین وقفوں کی اثنا میں اگر کوئی مزید دورہ قریب الوقوع معلوم ہوتا ہو، تو (۳۰ تا ۱۲۰ بوند) کلوروفارم بار بار دیا جاتا ہے۔

دوسرے روز، ان مریضات کو جن کے ہاں ولادت نہ ہوئی ہو، ۱۶ تا ۲۴ گرین کلورل ہائڈریٹ ۲۴ گھنٹوں کی اثنا میں تین مرتبہ دیا جاتا ہے۔

اگر کلورل اور مارفیا دینے کے باوجود دورے عود کرتے رہیں تو فصد لی جاتی ہے۔ بشرط ضرورت مہیجات قلب استعمال کئے جاتے ہیں۔ ایکلیمپٹک (انشناجی) علامات زائل ہو جانے کے بعد ولادت میں اسراع کیا جاتا ہے۔

نہایت ہی شدید اصابتوں میں ۴۴ اگرین کلورل ہائڈریٹ، اور ۲/۳ گرین مارفیا ۴ اگھنٹوں کے اندر استعمال کرا دیا جاتا ہے۔

سموم کا اخراج اور ان کی ترقیق۔ سموم کا اخراج طبعی طور پر امعاء، جلد 110
اور گردوں کے ذریعہ سے ہوتا ہے۔ اگر سموم جوئے خون میں موجود ہوں، تو ان کو فصد کے ذریعہ اور ملحی محلول کا انصراب کر کے بھی خارج کیا جا سکتا ہے۔ لہذا خواہ ان میں سے کسی طریقہ سے سموم کا اخراج کیا جائے، اس کی تکمیل مذکورہ ترقیق سے کی جا سکتی ہے۔

۱۔ **گردوں کے ذریعہ سے** ۔ گردے پہلے ہی ضرر رسیدہ حالت میں ہوتے ہیں، اس لئے کوئی فعال ڈائی یوریٹک (diuretic= مدر بول) دوا نہ دینا چاہیے، کیونکہ یہ ضرر رسیدہ کلوی سرحلہ پر اور زیادہ کام کا بار ڈال دے گا۔ صرف ہلکے مدرات بول جیسے پوٹاس کا ایسیٹیٹ (acetate) یا نائٹریٹ (nitrate) یا سپرٹ آف نائٹرس ایتھر (spirit of nitrous ether) دئے جا سکتے ہیں۔ مریضہ کو آش جو اور امپیریل ڈرنک (imperial drink= شاہی مشروب) کی بڑی مقداروں کے پینے کی ترغیب دینا چاہیے، اور اس طرح گردوں کو دھو ڈالنا چاہیے۔ اگر مریضہ بے چین نہ ہو اور اس کو تشنجات نہ ہو رہے ہوں، تو زیر جلدی طور پر مسلسل مالح دیا جا سکتا ہے۔ اگر یہ ممکن نہ ہو، تو مالح کو

معاء مستقیم کی راہ سے داخل کیا جاسکتا ہے، مگر نمایاں تہیج کی صورتوں میں مالح ہرگز نہ استعمال کرنا چاہئے۔ اگر گردوں میں خارج کرنے کی قوت نہیں ہے تو یہ تدابیر نہ صرف بیسود ہیں بلکہ ان کا اختیار کرنا نقصان رساں ہے۔ اگر مالح دینا ہو تو مناسب یہ ہے کہ اس میں ۵۰۵ ر۔ فیصدی سوڈیم بائی کاربونیٹ (sodium bicarbonate) ملا دیا جائے (ایک پائنٹ میں ایک ڈرام سوڈیم بائی کاربونیٹ)۔

۲۔ **معاء کی راہ سے۔** معاء کا قبض اچھی طرح دور کرتے رہنا چاہئے تاکہ پروٹیڈ تحول کے نتیجہ کے طور پر جو سام مادے پیدا ہوتے ہیں، وہ جذب نہ ہونے پائیں اور فشار خون میں تخفیف ہو جائے۔

وہ دوائیں جو آب نما اجابت پیدا کرتی ہیں، خصوصیت سے ضروری ہوتی ہیں، کیونکہ ان کے ذریعہ کچھ سم جسمانی بافتوں سے کھنچ آنے کا امکان ہے۔ اس کے لئے میگنیشیم سلفیٹ (magnesium sulphate)، جلاپا (jalap) اور ارنڈی کے تیل کی سفارش کی گئی ہے۔ اگر مریضہ بیہوش ہو تو براہ دہن کچھ نہ دینا چاہئے، الا نیزل (nasal = انفی) یا ایسا فیجیل (œsophageal = مروی) نلی کے ذریعہ، اور بجز پانی کے کوئی غذا دینا چاہئے۔

استنظاری علاج کے جدید طریقہ میں خوب دست لانے، اور معاء کو دھونے پر بہت زیادہ زور دیا گیا ہے۔ ایک ۱۸ انچ لمبی مستقیمی نالی معاء میں ۱۸ انچ گزاری جاتی ہے، اور اس کے بعد پانی، جس میں فی پائنٹ ایک ڈرام سوڈیم بائی کاربونیٹ (sodium bicarbonate) ملا ہوتا ہے، نالی کے اندر انڈیلا جاتا ہے، اور سائفنی (syphon) ترکیب سے باہر نکالا جاتا ہے۔ یہ عمل جاری رکھا جاتا ہے، یہاں تک کہ پہلے تو واپس آمدہ پانی برازی رنگ کا ہوتا ہے، اور پھر صاف ہو جاتا ہے۔ صابن دار پانی استعمال نہیں کرنا چاہئے۔ قطعی قابل اطمینان نتیجہ حاصل کرنے کے لئے ممکن ہے ایک گھنٹہ سے زیادہ لگ جائے، اس لئے پانی کی بڑی مقداریں استعمال کرنا چاہئیں۔ ایک یا دو پائنٹ محلول معاء میں رہنے دینا چاہئے۔ اگر مریضہ بہت بے چین ہو اور اس طویل طریقۂ عمل کو نہ کرنے دے تو اکثر اوقات مارفیا (morphia) کی ایک ابتدائی خوراک دینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ ڈبلن سکول (Dublin School = مدرسہ ڈبلن) مذکورالصدر طریقہ کی پرزور حمایت کرتا ہے، مگر اسٹرگناف (Stroganoff) اسکو ضروری نہیں سمجھتا۔

۳۔ بذریعہ جلد۔ اگر تپش ۱۰۵ درجہ فارن ہیٹ تک مرتفع ہو جائے، تو بشرطِ امکان ۱۰۰ درجہ فارن ہیٹ کے نیم گرم پانی کے غسل کے ذریعہ تپش کو گھٹانا چاہیئے۔ جب تک کہ تپش ۲ یا ۳ درجہ تک نہیں گر جاتی مریضہ کو مغسل ہی میں رکھا جاتا ہے۔ مغسل سے نکالنے کے 111 بعد اس کو بہت کثرت سے پسینہ آتا ہے، اور تپش کا گھٹاؤ جاری رہتا ہے۔ جلد کا آزادانہ فعل پیدا کرنے کے لئے دیگر طریقے ہاٹ پیکز (hot packs = گرم لفّات) اور ویپر باتھز (vapour baths = بخاراتی غسل) ہیں۔ مندرجہ بالا طریقوں میں نقص ہے تو یہ ہے کہ ان میں مریضہ کو بہت ہلانے جلانے یا چھیڑنے کی ضرورت ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ تشنج پیدا کرے۔

بعض صورتوں میں یہ تعریق بظاہر زیادہ شدید تشنج، اور گہرے قوما کا باعث ہوئی ہے۔ یہ ہرگز یقینی نہیں کہ ایکلیمپیا (انشناج) کا سم جسم سے پسینہ میں نکلتا ہے، لہذا مریضہ کو بہت سا سیال دینا چاہیئے، مبادا تعریق سم کا ارتکاز پیدا کرے۔

مندرجہ بالا وجوہات سے ان طریقوں کا مشورہ نہیں دیا جاتا۔ البتہ اگر بیان کردہ طریق پر تپش گھٹانا ہو تو اس صورت میں مریضہ کو سیال کی زیادہ مقداروں کے پینے کی ترغیب دیکر، یا اگر ضرورت ہو تو بذریعہ معاء مستقیم آہستہ آہستہ مالح دیکر، سم کو مرقق کرنا چاہیئے۔

پائیلو کارپین (pilocarpine) کی سفارش کی گئی ہے، مگر یہ دینا نہ چاہیئے کیونکہ پھیپھڑوں میں افراز پیدا کرتا ہے اور ممکن ہے کہ پلمونری اڈیما (pulmonary œdema = ریوی تہبج) میں جو بیشتر اوقات کسی حد تک ایکلیمپیا (انشناج) میں موجود ہوتا ہے، زیادتی پیدا کرے۔

۴۔ بذریعہ جوئے خون۔ مناسب اصابتوں میں اگر فصد لی جائے، تو دوروں کے وقوع پر نمایاں اثر ہوتا ہے۔ مندرج ہے کہ ایک فصد کے بعد ۴۵ فی صدی واقعات میں دورے موقوف ہو گئے۔ عموماً خون وسطی باسلک وین (basilic vein = باسلیق ورید) سے لیا جاتا ہے، اور مریضہ کی حالت کے لحاظ سے ۱۱ اونس سے ایک پائنٹ تک خون نکالا جاتا ہے۔ فصد اکثر اوقات درون وریدی سیلائن انفیوژن (saline infusion = ملحی تصفیق) سے پہلے کیجاتی ہے، تاکہ فشارِ خون گھٹ جائے۔

مناسب اصابتیں وہ ہیں جن میں مریضہ میں خون کی زیادتی ہو، اس کی نبض پُر اور مشرف ہو، فشار خون مرتفع ہو، یا مریضہ میں سایانوسس (زراق) ہو۔ فصد کھولنے کے ساتھ آکسیجن دینا مناسب ہے، اور بعض اصابتوں میں مصنوعی تنفس پیدا کرنے کی ضرورت پڑتی ہے۔ تاوقتیکہ سسٹالک (انکماشی) فشار خون ۲۰۰ ملی میٹر سیماب سے متجاوز نہ ہو جائے، اور سایانوسس (زراق) موجود نہ ہو، فصد کھولنے کا طریق عمل نہیں اختیار کرنا چاہیئے، اور نہ اس وقت اختیار کرنا چاہیئے جبکہ مریضہ کمزور اور عدیم الدم ہو۔ اگر یہ طریقہ اختیار کیا جائے تو ۲۰ اونس سے زیادہ خون نہ نکالنا چاہیئے، اور یہ بہتر ہے کہ اس عمل کو دوبارہ نہ کیا جائے۔

ترقیق سم کے لئے ملحی تصفیق ایک قیمتی اعانت ہے، اور اس کی سفارش کی جاتی ہے، بشرطیکہ مریضہ میں پلمنری اڈیما (ریوی تہیج) کی کوئی شہادت نہ ظاہر ہو۔ مالح کو درون وریدی ان فیوژن (تصفیق) کے ذریعہ یا معاء مستقیم کے ذریعہ یا زیر جلدی بافتوں میں دیا جاسکتا ہے۔ اگر فصد کھولی جائے، تو ان طریقوں میں درون وریدی طریقہ بہترین ہے کیونکہ خون نکالنے کے بعد مالح فوراً ورید کے اندر داخل کیا جاسکتا ہے۔ اگر مریضہ ہیجین ہو تو زیر جلدی طریقہ نہ استعمال کرنا چاہیئے۔

مالح کے ساتھ فی پائنٹ (pint) ایک ڈرام (یعنی ۵۸ء۰ فی صدی) سوڈیم اسیٹیٹ (sodium acetate) یا سوڈیم کاربونیٹ (sodium carbonate) شامل کیا جاسکتا ہے 112
تاکہ خون کی قلویت جو کہ ایکلیمپسیا (انشناج) میں گھٹ جاتی ہے، بڑھ جائے۔ ایسی ڈوسنز (تر شہ سمیت) کا ازالہ کرنے کے لئے ۵ فی صدی گلوکوس (glucose) بھی شامل کیا جاتا ہے۔ اگر مریضہ کو براہ دہن گلوکوس دینے سے اتنی قے ہو کہ وہ اس کو بچا نہ سکے، تو مالح کے ہمراہ ۱۰ فی صدی محلول میں گلوکوس معاء مستقیم کے ذریعہ سے دیا جاسکتا ہے۔ مالح محلول کا نہ صرف یہ فائدہ ہے کہ سم کی ترقیق کرتا ہے بلکہ یہ مدر بول کا بھی کام کرتا ہے۔ کیلشیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) کے درون وریدی استعمال کی سفارش کیگئی ہے اور اس سے سازگار سریری نتائج کی اطلاع دیگئی ہے۔ عام مقدار ۱۰ مکعب سنٹی میٹر ہے جسکی تصفیق میں ۵ - ۱۰ منٹ صرف کئے جاتے ہیں، اسکے بعد ہر چار گھنٹہ کے بعد ۵ مکعب سنٹی میٹر درون عضلی طور پر دیئے جاتے ہیں۔

اس امر کی بڑی احتیاط کرنا چاہیئے کہ علاج زیادہ تیز یا پرزور نہ ہو۔ اس امر کے متعلق اُن جمع شدہ واقعات کی روئدادوں میں جن کا پہلے ہی حوالہ دیا جا چکا ہے، حسب ذیل تبصرہ کیا گیا ہے "یہ یقینی امر ہے کہ مہلک واقعات کی بیشتر تعدادوں میں علاج ضرورت سے زیادہ کیا گیا تھا، اور یہ کہ ان کی کافی تعدادوں میں حد سے زیادہ علاج مہلک نتیجہ پیدا کرنے میں لازمی طور سے ایک معین سبب تھا"۔

قبالتی علاج

ایکلیمپسیا (انشناج) کے قبالتی علاج کے سوال پر بحث اور اختلاف رائے پیدا ہو گیا ہے۔ زمانۂ ماضی میں دو قطعی متضاد رائیں رہی ہیں۔ ایک کا ادعا یہ ہے کہ اگر ٹاکسیمیا (تسمم دم) شدید ہو یا مریضہ کو دورہ ہو چکا ہو، تو خواہ مریضہ وضع حمل کی حالت میں ہو یا نہ ہو، حمل فوراً گرا دینا چاہئے۔ دوسرے کا ادعا یہ ہے کہ تا وقتیکہ طبی تدابیر ناکام نہ رہی ہوں، یا مریضہ میں وضع حمل کافی درجہ تک ترقی نہ پا چکا ہو، قبالتی مداخلت غیر ضروری ہے۔

اول الذکر رائے کی موافقت میں یہ تجربہ تھا کہ اکثر اصابتوں میں رحم کو خالی کر دینے کے بعد صحت جلد ہو جاتی تھی، و نیز یہ خیال تھا کہ ایکلیمپسیا (انشناج) ایک ٹاکسیمیا (تسمم دم) ہے، جس کا سم اووم (ovum = بیضہ) سے حاصل ہوتا ہے، اگر جنین رحم کے اندر مر جائے تو ماں کی حالت رو بہ صحت ہو جاتی ہے، اور اگر ٹاکسیمیا (تسمم دم) شدید درجہ کا ہو تو اکثر ایبارشن (اسقاط) یا وضع حمل کا آغاز ہو جاتا ہے۔ چنانچہ یہ استدلال کیا جاتا تھا کہ صحیح علاج، رحم کو جلد از جلد خالی کر دینا ہے۔ اس لئے انڈکشن (امالہ) کرانے کے لئے مذکورہ بالا تدابیر مستعمل تھیں، اور ان کے بطئی العمل ثابت ہونے پر زیادہ سریع تدابیر جیسے کہ اکوشمنٹ فورس (accouchement forcé = قسری ولادت) اور سیزیرین سیکشن (Cæserian section = شگاف قیصری) استعمال کی جاتی تھیں۔ اکوشمنٹ فورس (قسری ولادت) کی اب ہمہ گیر طور پر مذمت کی جاتی ہے۔

ایک ایکلیمپسیا (انشناج) ایسے سریع النمو اور سریع الترقی مرض کا علاج کرنے میں، انڈکشن (امالہ) کرانے کے سست تر طریقوں سے بظاہر کوئی معقول فائدہ حاصل نہیں ہوتا، اس کے خلاف ان سے ایک ایسی حالت پر جو کہ پہلے ہی تشویشناک ہے وضع حمل کا بار مستزاد ہو جاتا ہے۔ اگر سیزیرین سیکشن (شگاف قیصری) تجویز کیا جائے، تو اس کو بداہۃً ایکلیمپٹک (انشناجی) حالت کے آغاز کے بعد حتی الامکان جلد از جلد، اور وضع حمل کے ترقی کرنے سے
قبل ہی انجام دینا چاہئے، نہ کہ اس وقت جبکہ مریضہ اتنی خستہ ہو کہ وہ خود عملیہ کے ہی اثرات 113
کو برداشت نہ کر سکے۔

دوسری رائے کی تائید میں یہ استدلال کیا جاتا تھا کہ تشنجات ضروری نہیں کہ

وضع الحمل کے اثر سے ہوں، کیونکہ دورے وضع حمل کے بغیر بھی پڑتے ہیں اور وضع حمل کی درد میں بظاہر ان کا تہیج نہیں کرتیں۔ چنانچہ بیان کیا گیا ہے کہ ۵۷ فی صدی واقعات میں ولادت ہو جانے کے بعد دورے جاری رہتے ہیں۔

سلطنت متحدہ میں ایکلیمپسیا (انشناج) کے علاج کی تحقیقات کے لئے جو مجلس مقرر کی گئی تھی، اس کی روئداد سے دوسری رائے کو زبردست تائید حاصل ہوتی ہے۔ مجلس کی روئداد نے بعض آراء میں جو کہ زمانہ ماضی میں قائم تھیں، بڑی ترمیم کر دی ہے۔ اس وقت تک وضع حمل کو جلد سے جلد اور اکثر اوقات سیزیرین سیکشن (شگاف قیصری) کے ذریعہ سے ختم کر دینے کا رجحان بڑھ رہا تھا، مذکورۂ بالا روئداد قبالتی انصرام میں دخل در معقولات سے پرہیز کرنے کی زبردست حمایت کرتی ہے۔ یہ دکھایا گیا کہ فعال مداخلت جیسی کہ سیزیرین سیکشن (شگاف قیصری) اور عنق کے سریع اتساع سے مراد ہے، مریضہ کے صحتیاب ہونے کی امیدوں کو بجائے بڑھانے کے گھٹا دیتی ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ جب وضع حمل جلد کرا دینے کا طریقہ استعمال ہوا تو مادری شرح اموات ۲۱ فی صدی تھی۔ بخلاف اس کے جب انتظاری یا علاج بلاعملیہ کے طریقے استعمال کئے گئے تو شرح اموات ۱۰٫۲۹ فی صدی تھی۔

لندن (London) اور مڈلینڈس (Midlands) میں مادری اموات کے حقیقی اعداد حسب ذیل تھے :—

	خفیف	شدید
(الف) قدرتی ولادت	۵٫۴ فیصدی	۳۶٫۹ فیصدی
(ب) ولادت بالاعانت	۵٫۶ ″	۳۱٫۷ ″
(ج) وضع حمل کا امالہ	۶٫۶ ″	۲۶٫۴ ″
(د) سیزیرین سیکشن (شگاف قیصری)	۱۱٫۳ ″	۴۶٫۳ ″
(ہ) اکوشمنٹ فورس (قسری ولادت)	۱۸٫۱ ″	۶۳٫۱ ″

یہ اعداد صاف طور پر ظاہر کرتے ہیں کہ جتنی زیادہ قبالتی دست درازی کی جائیگی، اتنی ہی زیادہ شرح اموات بلند ہوگی۔ وضع حمل بذریعہ سیزیرین سیکشن (شگاف قیصری) یا اکوشمنٹ فورس (ولادت قسری) انجام دینے سے جو نتائج حاصل ہوتے ہیں، اگر ان کا مقابلہ ڈبلن (Dublin) (۱۰٫۲۹) کے نتائج سے کیا جائے کہ جہاں قبالتی نہیں بلکہ طبی علاج ہوا تھا، تو یہ امر

اور بھی واضح ہو جاتا ہے۔

اگر قبل اس کے کہ وضع حمل شروع ہو طبی علاج کے ذریعہ مریضہ ایکلیمپسیا (انشناج) سے شفایاب ہو جائے، تو اس سوال پر غور کرنا پڑتا ہے کہ حمل قائم رہنے دیا جائے یا نہ رہنے دیا جائے۔ حمل کے بعد کے دنوں میں دفعتاً ایکلیمپٹک (انشناجی) حملہ طاری ہونے کا خطرہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے۔ اس لئے جب طبی تدابیر کے نتیجہ میں مریضہ شفایاب ہو جائے، تو حمل ختم کر دینا چاہیئے۔

جراحتی علاج

لمبر پنکچر (lumbar puncture = قطنی کچوکا) اور سپائنل این ایس تھیسیا (spinal amæsthesia = نخاعی عدم حسیت) کا استعمال کیا گیا ہے، اور اس کی سفارش کی گئی ہے۔ لمبر پنکچر (قطنی کچوکا) کی بعض صورتوں میں یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ سیر بر و سپائنل فلوئڈ
114 (cerebro-spinal fluid = دماغی نخاعی سیال) زیادہ تناؤ سے مثلاً ۱۲۰ ملی میٹر کی بجائے ۵۰ ۴ ملی میٹر کے ساتھ نکلتا ہے۔

تا حال یہ ثابت کرنے کے لئے ان میں سے کسی تدبیر کا دوروں پر اثر ہوتا ہے کہ نہیں، کافی شہادت موجود نہیں ہے۔

مکمل سپریشن آف یورین (اُسر البول)، یا قریب قریب مکمل سپریشن آف یورین (اُسر البول) کی صورتوں میں درون کلوی تناؤ کو کم کرنے کے خیال سے گردہ کا ڈی کیپسولیشن (decapsulation = کیسہ ربائی) انجام دیا گیا ہے۔ ڈی کیپسولیشن (کیسہ ربائی) کے بجائے محض کلوی کیسہ میں شگاف دے دینے سے بعض کامیاب نتائج دیکھے گئے ہیں، مگر ابھی تک اس کے متعلق اتنے معلومات جمع نہیں ہوئے کہ زمانہ حال میں ان عملیتی تدابیر کا استعمال بطور معمول کے جائز قرار دیا جا سکے۔

115

باب یازدہم

حمل کا ٹاکسیمیا (تسمم دم) (بہ سلسلۂ ماسبق)

ہائپر ایمیسس گریویڈیرم (hyperemesis gravidarum= حمل کا استفراغ شدید)

حمل کے ابتدائی حصہ میں چوتھے ہفتہ سے لے کر چوتھے ماہ کے آغاز تک، حاملہ عورت کو کسیقدر متلی اور قے کی عام طور پر شکایت ہوتی ہے، لیکن اس کے بعد عموماً یہ ناگوار علامات غائب ہو جاتی ہیں، مگر بعض اوقات اس زمانہ میں علامات بہت شدید ہوتی ہیں اور قے جاری رہتی ہے۔

اصطلاح ہائپر ایمیسس گریویڈیرم (حمل کا استفراغ شدید) کا اطلاق اُن اصابتوں پر ہوتا ہے، جن میں قے اتنے تواتر سے اور اتنی انتہا کی ہوتی ہے کہ مریضہ کے معدہ میں غذا نہیں ٹھیرتی، اور اس کے نتیجہ میں وہ دبلی ہو جاتی ہے۔ معمولی قے کی خفیف اصابتوں سے لے کر پرنشس (pernicious= متلف) قے تک کے جملہ درجے واقع ہوتے ہیں، اور یہ ممکن ہے کہ اُن سب کے اندر ایک ہی سبب کارفرما ہو۔

تواتر۔ بیان کیا جاتا ہے کہ ۵۰ فی صدی سے زیادہ حاملہ عورتوں میں متلی اور خفیف درجہ کی قے واقع ہوتی ہے، اور یہ ملٹی پیرا (multipara= کثیر الولادت عورتوں) کی نسبت پرمی پیرا (اولیں حاملہ) عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس شدت کی قے کہ پرنشس (متلف) قے کے نام کی مستحق ہو، شاذ و نادر ہوتی ہے۔ ہسپتال کی مریضات کے

اعداد و شمار سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس درجہ کی پرنشس (متلف) قے ہزار حملوں میں سے صرف ایک حمل میں واقع ہوتی ہے۔ ان اعداد کو بتامل تسلیم کرنا چاہئے کیونکہ جس معیار کی قے پرنشس (متلف) نام کی مستحق ہوتی ہے، وہ مشاہدہ کرنے والے کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ اعلیٰ طبقوں کی عصبانی عورتوں میں اور نیز نہایت ذکی الحس نسل کی مثلاً یہودی عورتوں میں یہ قے زیادہ عام ہوتی ہے۔

اقسام

حمل میں قے کی دو جدا اور واضح اقسام ہیں:—

۱۔ وہ قے جو حمل کے دوران میں۔

۲۔ وہ قے جو حمل کی وجہ سے ہو۔

۱۔ قے حمل کے دوران میں۔ اس قسم میں مریضہ کسی مرض کے سبب سے قے کرتی ہے، جس کو حمل کا نتیجہ نہیں بلکہ حمل کی اتفاقی پیچیدگی خیال کیا جاتا ہے۔ اس گروہ کی کئی مثالیں ہیں، جیسے وہ قے جو کہ ایک شدید نوعی قسم کے بخار کے آغاز کا، یا گسٹرائٹس (gastritis=التہاب معدہ) یا گیسٹرک السر (gastric ulcer=قرح المعدہ) یا سیری برل ٹیومر (cerebral tumour=دماغی رسولی) کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ کوئی ایسی اصابت نہ نظر انداز ہو جائے کہ جس میں قے درحقیقت اپینڈ سائٹس (appendicitis=التہاب زائدہ) انٹیسٹی نل آبسٹرکشن (intestinal obstruction=معائی سدہ) یا ٹیبیز (tabes=ہزال نخاعی) کے گیسٹرک کرائیسس (gastric crisis=معدی بحران) کے سبب سے ہو۔ 116

یہ قسم بعض اوقات ایسوسیئیٹڈ وومٹنگ (associated vomiting=متلازم قے) کے نام سے بیان کی جاتی ہے۔

۲۔ حمل کی قے۔ اس قسم میں مریضہ حمل کی وجہ سے قے کرتی ہے، اور قے کے ساتھ کوئی عضویاتی سبب نہیں پایا جاتا، جو کہ اس کی توجیہہ کرے۔

اس قسم کی قے کے صحیح اسباب کسی یقینی حد تک معلوم نہیں ہیں۔ تاہم اصابتوں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں قے کا جاری رہنا، نفسیاتی عوامل کا نتیجہ ہوتا ہے، اور اس کے

خراب اثرات، پیدا شدہ سٹارویشن (starvation= تجوع) اور ڈی ہائیڈریشن (dehydration= نابیدگی) کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اس کے اولی آغاز کی وجہ صرف آٹو سجیشن (auto-suggestion= خود ایعاذ) یا ہیٹرو سجیشن (hetero-suggestion= دگرایعاذ) ہی نہیں ہوتی۔ یہ اس مشاہدہ سے ثابت ہے کہ بسا اوقات حاملہ عورتیں متلی اور قے کی شکایت کرتی ہیں حالانکہ وہ اپنے حمل سے باخبر نہیں ہوتیں، مثلاً اس وقت جبکہ رضاعت یا دیگر عوامل سے پیدا شدہ ایمنوریا (عدم الطمث) کے زمانہ میں استقرار حمل ہوا ہو۔ لیکن ہم کو یہ تسلیم کرنا چاہیئے کہ مذکورہ بالا حالت کے آغاز پر بالکل کسی غیر طبعی امر کا مظاہرہ نہیں کیا جاسکتا، نہ کسی نوعی سم کا کوئی قطعی ثبوت موجود ہوتا ہے۔ نظری طور پر ممکن ہے کہ کبدی گائکوجن کا وہ افراغ جو کہ مشاہدہ کیا گیا ہے، کوئی سمپتھیٹک (sympathetic= مشارکی) یا اڈرینل (adrenal= سرگردی) اثر اسکو پیدا کرنے کا رجحان رکھتا ہو۔

یہ بیان کیا جاتا ہے کہ حمل کی وہ قے جو فعلیاتی درجہ کی ہو، معکوس الاصل ہوتی ہے، اور اس حالت کی مداومت اور اشتداد، حقیقت میں ہسٹریکل (hysterical= ہسٹریائی) ہوتا ہے۔ بیشتر شہادت جو کہ حاصل ہے، مذکورہ بالا بیان کے دوسرے حصے کی تائید کرتی ہے، لیکن معکوس الاصل ہونے کے متعلق شہادت ہنوز غیر یقین آفریں ہے۔ شفا کی بہت سی مثالیں درج کیجا چکی ہیں جن میں ریٹروفلکسڈ (retroflexed= پس خمیدہ) حامل رحم کی توضیع کرنے، یا سروکس (عنق) کی دریدگی یا تاکل کا علاج کرنے کے بعد قے موقوف ہوگئی ہے۔ زمانہ ماضی میں ان اصابتوں کو ایک علیحدہ گروہ میں رکھا جاتا تھا جو کہ ریفلکس (reflex= معکوس) کے نام سے موسوم تھا، تاہم اس امر کا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ قے اس طرح معکوس طور پر واقع ہوتی ہے، کیونکہ بسا اوقات ان اسباب کے موجود ہوتے ہوئے بھی کوئی قے نہیں ہوتی، حالانکہ ان کی عدم موجودگی میں ہوجاتی ہے۔ یہ کہیں زیادہ قرین قیاس ہے کہ شفا کو اس نفسی اثر کی طرف منسوب کیا جائے جو کہ اختیار کردہ علاج سے مریضہ پر ہوتا ہے۔

محکم شدہ قے کے حیاتی کیمیائی مظہرات پر باب ہشتم میں پورے طور پر بحث کی گئی ہے۔

حمل کی قے کو ذیلی طور پر دو قسموں میں تقسیم کرنے کا دستور رہا ہے، نیوراٹک (neurotic= عصبانی) اور ٹاکسک (toxic= سمی)۔ اس ذیلی تقسیم سے بلاشبہ غلط فہمی 117

اور بسا اوقات سخت مصیبتناک نتائج پیدا ہو گئے ہیں۔

قے کی ایک قسم تو وہ ہے جو کہ حمل کے آخری زمانہ میں شروع ہوتی ہے، اور پری ایکلیمپٹک (پیش التشناجی) حالت کی علامت ہے۔ باب دہم میں اس پر پہلے بحث کیجا چکی ہے۔

قے کی باقی تمام نہ سہی تقریباً تمام اصابتیں ایسی ہوتی ہیں کہ جو ایک ابتدائی درجہ میں نمودار ہوتی ہیں، اور اختلاف پذیر شدت کے ساتھ ایک اختلاف پذیر مدت تک قائم رہتی ہیں۔ ممکن ہے ثانوی پیچیدگیاں مثلاً البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور یرقان پیدا ہو جائیں، یا حقیقۃً موت ہی واقع ہو جائے۔ تاہم اختلاف شدت، امراضی امتیازات نہیں بلکہ محض اختلاف الدرجہ ظاہر کرتا ہے۔ ٹاکسک (سمی) بدقسمتی سے ایسا نام ہے کہ جو علاج بفاقہ کشی کا ایما کرتا ہے، حالانکہ اگر پری ایکلیمپیا (پیش التشناج) سے قطع نظر کیا جائے، تو پریگننسی وامٹنگ (قے الحمل) کی اصابتوں کا علاج، خواہ یہ حالت کیسی شدت کے ساتھ کیوں نہ نمودار ہوئی ہو، مزید فاقہ کشی کرنا ہرگز نہیں ہے۔

بہت سے مشاہدات سے یہ ثبوت حاصل ہوتا ہے کہ مسلسل قے نیوروسز (neurosis = عصبانیت) کا مظہر ہے۔

ان مشاہدات میں سے ایک مشاہدہ قابل ذکر یہ ہے کہ مذکورہ بالا اصابتوں میں ہسٹریا (hysteria) کے شواہد اکثر اوقات موجود ہوتے ہیں، اور یہ کہ ان کی حقیقی نوعیت اس امر سے ظاہر ہوتی ہے کہ قوی دماغی تاثرات کے ذریعہ قے بند ہو جاتی ہے۔ چنانچہ ایسی مریضات جن کو بچہ ہونے کی بڑی آرزو تھی، محض حمل گرا دینے کی دھمکی سے صحتیاب ہو گئیں اور سادہ طبی تدابیر جیسے کہ معدم الحس کا استعمال یا ایسا برقی مورچہ لگانا جو بالو نہ تھا، صحتیابی کا باعث ہوا۔ اس رائے کی مزید تائید اس امر سے ہوتی ہے کہ لاتعداد مختلف ادویہ رائج رہ چکی ہیں جن میں سے ہر ایک کے طرفدار موجود تھے، یہ کہ رحم کو خالی کر دینے پر تقریباً یقینی اور فوری شفایابی ہو جاتی ہے، نیز اس کی ان واقعات سے تائید حاصل ہوتی ہے کہ جن میں مریضہ اس طرح صحتیاب ہو گئی کہ وہ غلط طور پر ہی سہی لیکن خیال کرتی تھی کہ ابارشن (اسقاط) کا امالہ کرا دیا گیا ہے۔

برسبیل تذکرہ یہ بھی کہہ دینا چاہئے کہ ایک ناپسندیدہ حمل، علاج ہسپتال کا وٹ کا

باعث ہوتا ہے، کیونکہ اس قسم کی اصابت میں تمارض کا عنصر ہسٹریکل (ہسٹریائی) عامل کو پیچیدہ کر دیتا ہے، اور مریضہ سائکوتھراپیوٹک (psycho-therapeutic = نفسی علاجی) تدابیر کی حقیقی طور پر مخالفت کرتی ہے۔

جب سے دانشمندانہ اینٹی نیٹل (قبل الولادتی) نگرانی عام طور پر رائج ہو گئی ہے، قے حیرت انگیز طور پر شاذ ہو گئی ہے۔ چنانچہ اب یہ نہیں سمجھا جاتا کہ قے حمل کے ہمراہ کم و بیش لزوم کے ساتھ پائی جاتی ہے۔

ایک زمانہ میں یہ خیال تھا کہ مذکورہ بالا اصابتوں کا ایک بہت بڑا گروہ حقیقت میں ٹاکسک (سمی) اصل کا ہوتا ہے۔

اس رائے کی تائید میں یہ شہادت ہے کہ ایمونیا کوفشنٹ (قدر ایمونیا) بڑھ جاتا ہے۔ قارورہ میں ایسیٹون (acetone) اور ڈائی ایسٹک ایسڈ (diacetic acid) کی موجودگی سے ایسڈوسز (ترشہ سمیت) ثابت ہوتا ہے۔ شدید قے اکثر اوقات ہائیڈیٹڈیفارم مول (ہائیڈیٹڈ نما جنین کاذب) کے حمل کو پیچیدہ کرتی ہے، اس حالت میں اُن جنینی اجزاء کا جو 118
حملات کو ڈھکتے ہیں، نمایاں تکاثر ہوتا ہے، لہٰذا ان جنینی اجزا سے سم کے حاصل ہونے کا دعویٰ کیا گیا ہے۔ ایک مزید امر جو اس رائے کی تائید کرتا ہے یہ ہے کہ پرنشس (متلف) قے کی شدید اصابتوں میں سمی قسم کا نیورائٹس (neuritis = التہاب اعصاب) پیدا ہونا معلوم ہے۔

لیکن حمل کی قے کی اصابتوں کی بڑی تعداد میں ٹاکسیمیا (تسمم دم) کی قطعی شہادت عام طور پر مفقود ہوتی ہے۔ اب یہ خیال کیا جاتا ہے کہ قارورہ کے تغیرات صرف وہی ہوتے ہیں جو طبعی طور پر فاقہ کشی اور واٹر ڈی پلیشن (water-depletion = افراغ آب) کے ساتھ پائے جاتے ہیں، مختصر یہ کہ یہ تغیرات بنیادی سبب کی امارات نہیں بلکہ خود قے ہی کے اثرات ہوتے ہیں۔ آج کل کے حیاتی کیمیا داں ایمونیا کوفشنٹ (قدر ایمونیا) کی اس زیادتی کو محض اُس تعدیل ترشہ کی علامت سمجھتے ہیں جو کاربوہائیڈریٹ (carbohydrate) کا احتراق بہت کم ہو جانے پر جسم کی محافظت میں واقع ہوتی ہے۔ یعنی اگر طویل مدت تک قے جاری رہے تو لازمی طور سے کاربوہائیڈریٹ (carbohydrate) کا افراغ ہو جاتا ہے، جو قدر ایمونیا میں زیادتی کا بذاتِ خود ایک کافی سبب ہے، لہٰذا

قارورہ میں یہ کیمیاوی تغیر ٹاکسیمیا (تسمم دم) کا ثبوت نہیں مانا جاسکتا۔

اس طرح قارورہ میں ایسی اشیائ جیسے ایسٹون (acetone) اور ڈائی ایسٹک ایسڈ (diacetic acid) [کیٹونی (ketone) اجسام] کی موجودگی بھی ٹاکسیمیا (تسمم دم) کا ثبوت نہیں سمجھی جاسکتی، کیونکہ یہ شحم کے غیر مکمل احتراق کے حاصلات ہیں اور ان جملہ مرضیاتی حالتوں میں جن میں کاربوہائیڈریٹ (carbohydrate) بہت کم خرچ ہوتا ہے پائے جاتے ہیں لیکن اگرچہ قدر امونیا کی زیادتی اور کیٹونی (ketone) اجسام کی موجودگی اب ٹاکسیمیا (تسمم دم) کا ثبوت نہیں سمجھے جاتے، تاہم یہ ٹاکسیمیا (تسمم دم) کے ایک مفید معیار کا کام دیتے ہیں کیونکہ خواہ ان کا سبب کچھ بھی ہو، یہ ظاہر کرتے ہیں کہ مریضہ کی حالت خطرناک ہے اور یہ کہ اسکے فائدہ کے لئے فوری علاج کی ضرورت ہے۔

شدید اصابتوں میں دیر تک ڈی ہائیڈریشن (نابیدگی) رہنے سے کلوی وظیفہ میں خرابی واقع ہوجاتی ہے۔ اس سے البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور نائٹروجینی احتباس واقع ہوجاتا ہے۔ گلائکوجن ڈی پلیشن (افراغ) کے ہمراہ جو کبدی تغیرات واقع ہوتے ہیں، ان سے یرقان پیدا ہوسکتا ہے، جو اصابت کا شدید ہونا ظاہر کرتا ہے۔

امراضیات

وہ مریضات جو خفیف قسم کی قے میں مبتلا ہوں، بہت کم مرتی ہیں، اس لئے مرضیاتی ضررات کا بیان شدید اصابتوں کے معائنہ پر مبنی ہے۔

جگر۔ کبدی ضررات، ایکیوٹ ییلو اٹروفی آف دی لور (جگر کا حاد اصفر ذبول) کے ضررات سے بہت مشابہ ہوتے ہیں۔ بعض میں لوبیول (لختک) کے مرکزی حصہ میں تنخر ہوتا ہے اور محیط مسلّم باقی رہتا ہے، مگر دیگر اصابتوں میں کوئی تنخر نہیں ہوتا، اور جگر یہ ظاہر کرتا ہے کہ سارے کے سارے عضویہ میں نمایاں شحمی انحطاط موجود ہے۔

کئی مشاہدین نے اس امر پر زور دیا ہے کہ کبدی تغیرات ان تغیرات سے مختلف ہوتے ہیں جو کہ ایکلیمپسیا (التشناج) میں ہوتے ہیں۔ ایکلیمپسیا (التشناج) کی حالت میں خاص
119 حصہ جو متاثر ہوتا ہے لوبیول (لختک) کا محیطی حصہ ہوتا ہے، نہ کہ مرکزی حصہ جو کہ ہائپریمیسس
گریویڈیرم (حمل کے استفراغ شدید) میں متاثر ہوتا ہے، لیکن اس طرح بعض خطوں تک

حد بندی کا پایا جانا ضروری نہیں ہے۔

گردے۔ ممکن ہے کہ گردے کوئی تغیر نہ ظاہر کریں، لیکن جب تغیرات پائے جاتے ہیں تو یہ تمام و کمال انحطاطی نوعیت کے ہوتے ہیں، اور کان وولیوٹڈ ٹیوبولز (ملتف انابیب) کے خلیات تک محدود ہوتے ہیں۔ یہ خلیات سحابی ورم ظاہر کرتے ہیں، اور ان کے درونے ذراتی چورہ سے پُر ہوتے ہیں۔ گردوں میں نزف اور تنخر کے وہ خطے جو ایکلیمپسیا (التشناج) کے مہلک واقعات میں اتنی کثرت سے دیکھے جاتے ہیں، عموماً مذکورہ بالا حالت میں نہیں پائے جاتے۔

علامات

اگر قے کسی متلازم مرض جیسے کہ گیسٹرک السر (قرح المعدہ)، یا ایک انٹرا کرینیل ٹیومر (درون جمجمی رسولی) کی موجودگی کی وجہ سے ہو، تو علامات اُس مرض کی ہوتی ہیں جو موجود ہوتا ہے، لہٰذا یہاں اُن کا بیان کرنا بے محل ہوگا۔

ہائپر میسس گریویڈیرم (حمل کا استفراغ شدید) میں علامات اسی طرح شروع ہوتی ہیں، کہ جس طرح حمل کی معمولی قے میں ہوتی ہیں۔ چوتھا مہینہ شروع ہونے پر معمولی قے ہو تو عام طور پر موقوف ہو جاتی ہے۔ لیکن مذکورہ بالا حالت میں قے بعد میں بھی جاری رہتی ہے بلکہ زیادہ شدید ہو جاتی ہے۔ مریضہ کو ہر کھانے کے بعد اور کھانوں کے درمیان بھی متلی ہوتی ہے۔ وہ تغذیہ جذب کرنے کے ناقابل ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے رات کو قے ہو جانے کی وجہ سے اس کے آرام میں بھی خلل آئے۔ اس قسم کی قے کئی کئی ہفتہ جاری رہتی ہے، مریضہ لاغر ہوتی جاتی ہے اور اس قدر خستہ ہو جاتی ہے کہ اس کی حالت تشویشناک ہو جاتی ہے۔ پھر بتدریج وہ اور بھی لاغر اور خستہ ہو جاتی ہے، وہ کافی گراؤنڈز (coffee-grounds = دُردِ قہوہ) جیسا مادہ قے میں لاتی ہے۔ وہ ذرا سی یرقان زدہ ہو جاتی ہے، پیشاب کی مقدار گھٹ جاتی ہے، اور اس میں البیومن کی متزائد مقدار، اور بلند ڈائی ایسیس کانٹنٹ (ڈائی ایسیس مشمول) پایا جاتا ہے، امونیا کوفشنٹ (قدر امونیا) بڑھ جاتا ہے، یوریا (urea) کی صورت میں خارج ہونے والی نائٹروجن کم ہو جاتی ہے، اور ایسیٹون (acetone) ڈائی ایسیٹک ایسڈ (diacetic acid) موجود ہوتا ہے۔ شدید تر اصابتوں میں مریضہ پر قومائی حالت طاری ہو جاتی ہے، اس کو بخار ہو جاتا ہے، اور اس کی رفتار نبض تیز ہو جاتی ہے، ممکن ہے کہ

موت واقع ہو جائے۔

تشخیص

تشخیص میں سب سے پہلا ضروری امر یہ ہے کہ یہ اطمینان کیا جائے کہ التہاب گردہ یا وہ متلازم کیفیات جو پہلے بیان ہو چکی ہیں، قے کا سبب نہیں ہیں۔ یہ امر قے کی روداد کی بغور تحقیق کرنے سے، اور مریضہ کا عام امتحان کرنے سے دریافت ہو سکتا ہے۔ آخری زمانہ میں قے ہونا، ممکن ہے پری ایکلیمپٹک سٹیٹ (پیش انشناجی حالت) کی علامت ثابت ہو۔ مزید براں یہ ضروری ہے کہ ایبارٹی فیشنٹز (abortifacients = مسقطات الحمل) سے مسموم ہونے کے امکان پر غور کیا جائے۔

انذار

اگر مریضہ کی مناسب طور پر پرداخت کی جائے تو انذار سب اصابتوں میں تسلی بخش ہوتا ہے، اور رحم کا تخلیہ کرنے کی شاذ و نادر ہی ضرورت پیش آتی ہے۔ ممکن ہے کہ 120
مریضہ کی زندگی بچانے کے لئے مصنوعی طور پر اختتام حمل کرنا ایک ضروری امر ثابت ہو، لیکن ایسا کرنا یہ معنی رکھتا ہے کہ اصابت کا ابتدائی درجوں میں غلط طور پر علاج کیا گیا ہے، اور ناکامی کے اعتراف کے برابر ہے۔ کسی اصابت کو خفیف نہیں سمجھنا چاہئے، کیونکہ ایک غافلانہ یا غیر عاقلانہ علاج سے ممکن ہے مذکورہ بالا حالت بسرعت ترقی کرے، اور آخر کار موت پر منتج ہو۔ متوالی حمول میں قے کے عود کرنے کا خطرہ ہے۔

علاج

معمولی قسم کی قے کا جو حمل کے ابتدائی مہینوں میں واقع ہوتی ہے، سادہ ادویہ سے عموماً کامیابی کے ساتھ علاج کیا جا سکتا ہے۔ مریضہ کو ہدایت کرنا چاہئے کہ وہ صبح اٹھتے ہی ایک خشک بسکٹ یا توس (toast) کے ٹکڑے کے ساتھ ایک پیالی ہلکی چائے یا گرم دودھ پیئے، تاکہ اُسے کوئی غشی کی سی کیفیت نہ محسوس ہونے پائے جو اُسے اپنے ناشتہ کے وقت کا انتظار کرنے پر لاحق ہو سکتی ہے۔ اس کو ہدایت کرنا چاہئے کہ اپنا ناشتہ بستر ہی پر کرے

اور اس کے بعد قریب آدھ گھنٹہ تک اضطجاعی حالت میں رہے۔ روزانہ اجابت ہونا ضروری
ہے۔ مریضہ کی ہمت افزائی کے لئے اُسے یہ بتانا چاہیئے کہ بیشتر حاملہ عورتیں متلی اور قے
کی شکایت کرتی ہیں، مگر ان کی علامات عارضی نوعیت کی ہوتی ہیں۔ یہ امر ضروری ہے کہ
اس قسم کی قے کو جاری نہ رہنے دینا چاہیئے، ایسا نہ ہو کہ فاقہ کشی، نقصان سیال، اور ایسیڈوسز
(ترشہ سمیت) پیدا ہونے کی وجہ سے مریضہ کی حالت خطرناک ہو جائے۔ اگر ایک بار
مریضہ اس نوبت کو جبکہ تقریباً مسلسل قے ہوتی ہے، پہنچ جائے، تو نبض کی رفتار بڑھ
جاتی ہے، نیند غائب ہو جاتی ہے، دُبلا پن اور خستگی ہوتی ہے، اور اسی نسبت سے علاج
بھی زیادہ مشکل ہو جاتا ہے، اور زیادہ زوردار تدابیر کی ضرورت پیش آتی ہے۔ کامیابی
کے لئے علاج کا ایک ضروری حصہ یہ ہے کہ مریضہ کو اپنے گھر سے نکال لیا جائے، انضباط
اور ضرورت سے زیادہ ہمدرد دوستوں اور رشتہ داروں سے کنارہ کشی کرنا علاج کے اہم
عناصر ہیں۔

یہ ایک نہایت ہی تعجب انگیز بات ہے کہ بیشتر اصابتوں میں جب مریضہ کو
ہسپتال یا نرسنگ ہوم (nursing home = ادارہ تمریض) میں منتقل کر دیا جاتا ہے، تو قے
بڑی سرعت سے بند ہو جاتی ہے۔ جب تک کہ مریضہ بہت زیادہ فکرمند رشتہ داروں
اور ایک گڑبڑ کرنے والی دایہ سے جو مسلسل اس کے سامنے تسلہ (basin) پیش کرتی رہتی
ہے، اور بستر کے کپڑوں کو موم جامے کی چادروں سے ڈھکتی رہتی ہے، گھری رہیگی،
اس وقت تک اس کی صحتیابی کی توقع نہیں کیجاسکتی۔ یہ امور قے کے براہ راست محرک
ہوتے ہیں۔ مریضہ کو معلوم ہوتا ہے کہ اُس سے قے ہونے کی توقع کیجاتی ہے، اور اِس
ماحول کا ایعاذی اثر یہ ہوتا ہے کہ وہ برابر قے کرنے پر مائل رہتی ہے۔ صرف یہی ضروری
نہیں ہے کہ مریضہ کو مناسب ماحول میں رکھا جائے، بلکہ اس کی اعانت ایک دماغی فضا سے
بھی ضرور کرنا چاہیئے۔ اُس کو سمجھا دینا چاہیئے کہ اس کی یہ حالت جلد رفع ہو جائے گی اور 121
یہ کہ وہ یقیناً شفایاب ہو جائے گی۔ ابتدائے علاج سے یہ ضروری ہے کہ اُسے سیال غذا
نہ دی جائے، بلکہ ٹھوس غذا پر رکھا جائے۔ مقدار غذا کم ہونا چاہیئے، اور جلد جلد وقفوں
پر دینا چاہیئے، کیونکہ اگر غذا نہ پہنچنے سے مریضہ میں غشی کی سی حالت ہونے کا موقع دیدیا
جائے گا، تو اکثر اوقات متلی کی کیفیت پھر عود کر آئے گی۔ پہلے تو ممکن ہے کہ وہ ٹھوس

غذا لینے سے انکار کرے اور یہ بھی ممکن ہے کہ انکار نہ کرے، مگر اُس کو یقین دلانا چاہیئے کہ وہ کھا سکتی ہے، اور یہ کہ ایسا کرنے سے بہتر نتائج حاصل ہوں گے۔ اُسے غذا کھانے پر مجبور کرنا چاہیئے، اور تا وقتیکہ وہ کھانہ لے، نگران کو چاہیئے کہ اُس کے پاس ٹھیرا رہے۔ عموماً یہ طریقہائے علاج فوری اور حیرت انگیز نتائج پیدا کرتے ہیں، کیونکہ جب مریضہ یہ معلوم کرتی ہے کہ غذا ٹھیر سکتی ہے، تو اُس پر اتنا اثر پڑتا ہے اور اُس کی اتنی ہمت بڑھ جاتی ہے کہ بہت کم مزید ترغیب کی ضرورت ہوتی ہے، اور اصابت آئندہ فوری اور مکمل صحتیابی کی جانب ترقی کرتی ہے۔ ادویہ سے علاج شروع کرنا مناسب نہیں ہے، لیکن کبھی کبھی مارفیا کی قلیل خوراکیں جیسے ⅛ گرین علاج کے شروع میں دیجا سکتی ہیں۔ ایک ایفرونسنگ برومائیڈ مکسچر (effervescing bromide mixture = فوّار برومائیڈ آمیزہ) کا دینا مفید ثابت ہوتا ہے، خاص کر اگر اسے اطمینان دلا کر تجویز کیا جائے۔ اس کے مفید نتائج مسکّن اور سائکوتھراپیوٹک (نفسی علاجی) دونوں قسم کے اثرات سے پیدا ہوتے ہیں۔

لیکن اگر یہ حالت زیادہ مدت کی ہو اور مندرجہ بالا اصولوں پر علاج کرنے سے جلد متاثر نہ ہوتی ہو، تو بعض مزید تدابیر اختیار کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ غذا کے بدل میں کاربوہائیڈریٹ (carbohydrate) دینے کا طریقۂ علاج اختیار کرنا چاہیئے۔ ۴۸ گھنٹے کے واسطے منہ سے جملہ غذا دینا بند کر دینا چاہیئے، اور مریضہ کو مستقیمی مالح جس میں ۱۰ فی صدی گلوکوز ہو، دینا چاہیئے، اور اگر انتہائی خستگی ہو تو طبعی مالح میں گلوکوز ۱۰ فیصدی محلول کی صورت میں، درون وریدی طور پر دیا جاسکتا ہے، اور چار چار گھنٹہ کے وقفوں سے ۳۰۰ سی۔سی دیا جاتا ہے۔ حال ہی میں انسولین (insulin) استعمال کی گئی ہے اور انسولین اور گلوکوز دونوں کے ذریعہ معالجہ کرنا نہایت ہی شدید اصابتوں میں کامیاب ثابت ہوا ہے۔ روزانہ اجابت کرانا ضروری ہے تاکہ تحلیل ہو کر معائی غشاء مخاطی میں خراش نہ پیدا ہو، مگر چونکہ دست آور ادویہ منہ سے نہیں دیجا سکتیں، اس لئے مریضہ کے ہپز (hips = نوصوں) کو اونچا کر کے ایک صابن اور پانی کا بلند حقنہ دینا چاہیئے۔ عموماً ۴۸ گھنٹہ کے بعد معمولی غذا کی طرف بتدریج لوٹانا چاہیئے۔ کھانے میں کاربوہائیڈریٹ (carbohydrate) خوب ہونا چاہیئے مگر چربیوں کو خارج کر دینا چاہیئے، جس کا یہ مطلب ہے کہ اس درجہ پر دودھ ہرگز نہ دینا چاہیئے۔ اگر شکر گلوکوز (glucose) کے بجائے لیکٹوز کی شکل میں دیا

دیجائے تو منہ سے کھالی جاتی ہے۔ براہِ مستقیم پوٹاسیم برومائیڈ (potassium bromide) اور کلورل ہائیڈریٹ (chloral hydrate) کی بڑی خوراکیں دینے سے اکثر اوقات کامیابی ہوئی ہے، اور یہ اشیاءِ مستقیمی مالح میں ملانا مفید ہوتا ہے۔

بہت سی دیگر ادویہ استعمال ہوئی ہیں اور اُن کی حمایت کی گئی ہے جیسے بسمتھ (bismuth)، مرقق ہائڈروسیانک ایسڈ (hydrocyanic acid) کی خفیف خوراکیں، آکزالیٹ آف سیریم (oxalate of cerium) یا ٹنکچر آف آوڈین کی قطرہ قطرہ خوراکیں جو منہ سے دی جائیں، مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ آیا ان کا کوئی اثر بھی ہوتا ہے، لہٰذا اگر ان کو استعمال کرنا ہو تو ان کے ایحاذی اثر کی وجہ سے استعمال کرنا چاہیئے نہ کہ کسی اور وجہ سے۔ 122

مذکورہ بالا رائے زنی اس امر کے متعلق بھی درست ہے کہ زیر جلدی طور پر مصل دینے سے، خواہ یہ مصل حاملہ عورت سے حاصل کیا ہو یا گھوڑے سے، کامیاب نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ یہ دعویٰ کیا گیا ہے کہ پرنشس (متلف) قے میں مبتلا مریضہ کا مصل محافظ خمیروں سے خالی ہوتا ہے۔ لہٰذا جب کسی دوسری حاملہ عورت سے مصل حاصل کرنا ہو تو یہ حمل کے آخری مہینوں میں حاصل کرنا چاہیئے جب کہ قے کا مرحلہ گزر چکا ہو۔ نیز پہلے آتشک کو خارج از بحث کرنے کے لئے تفتیش کر لینی چاہیئے۔ زیر جلدی معتاد ۱۵ سی۔سی ہے، جو کہ ۲۴ گھنٹے کے وقفوں سے دینی چاہیئے، اور ۷ خوراکوں سے زیادہ نہ دینی چاہئیں، کیونکہ استہدافی مظہر کا اندیشہ ہے۔

عملاً یہ شاذ و نادر ہی ضرورت پڑتی ہے کہ ان میں سے کوئی پرزور تدبیر اختیار کیجائے۔ بہت سی مریضات کے لئے مستقیمی اشرابات کی بھی ضرورت نہیں پیش آتی۔ کامیابی کے لئے حسب ذیل چیزیں ضروری ہیں:- مریضہ کے گرد و پیش کا ماحول کیا ہے، طبیب و ممرضہ کا برتاؤ کیسا ہے، ایک فضا اس تیقن اور اعتماد کی کہ وہ جلد صحتیاب ہو جائے گی اور علامات دوبارہ نہ پیدا ہوں گی۔

علاج بالعملیہ۔ ممکن ہے کہ مندرجہ بالا طرز کا علاج کچھ سودمند نہو، اور مریضہ اتنی خستہ ہو جائے کہ حمل کا ختم کرنا ضروری ہو۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ اس تدبیر کی صرف شاذ و نادر ہی ضرورت پڑتی ہے، اور اسے صرف اس صورت میں اختیار کرنا چاہیئے جبکہ دیگر جملہ طریقے بخوبی اور قرار واقعی طور پر پہلے انجام دیئے جا چکے ہوں۔ ان اصابتوں میں یہ فیصلہ کرنا

دشوار ہوتا ہے کہ امالۂ اسقاط کب کرایا جائے۔ اگر بہت جلدی کرایا گیا تو بسا اوقات یہ دیکھا جائے گا کہ یہ بلا ضرورت کرایا گیا ہے۔ لیکن اگر مریضہ بہت کمزور ہو جائے تو اس میں کبھی تاخیر نہ کرنا چاہیئے، ورنہ ممکن ہے کہ عملیہ فائدہ پہونچانے کے بجائے مریضہ کے لئے مضر ثابت ہو۔

اسقاط کا امالہ کرانے کے قبل طبیب کو چاہیئے کہ غیر ضروری ذمہ داری سے چھٹکارا حاصل کرنے کے لئے ہمیشہ دوسرے طبیب سے مشورہ کرے۔ اسقاط ایتھر (ether) کے ذریعہ یا کلوروفارم (chloroform) کے سوا کسی دوسری دوا کے تحت کرانا بہتر ہے، کیونکہ کلوروفارم جگر کو اور بھی مضرت پہنچا سکتا ہے۔

تیسرے مہینہ کے اختتام سے پہلے اس طرح نہایت آسانی سے رحم کا تخلیہ کیا جا سکتا ہے کہ اغشیہ کو شق کر کے سروائیکل قنال (عنقی قنال) اور ویجائنا (مہبل) کا اصمام کر دیا جائے اور ارگٹ (ergot) دیا جائے۔ رحم کو فوراً خالی کرنے کا دوسرا طریقہ یہ ہے کہ سروکس (عنق) کو موسعات سے تتسع کیا جاتا ہے، اور بذریعہ کلاب اووم (بیضہ) کو نکال لیا جاتا ہے۔

تیسرا مہینہ گزر جانے کے بعد رحم کو نہایت سلامتی کے ساتھ اس طرح خالی کیا جاتا
ہے کہ ایک چھوٹی ربر کی تھیلی جو عقیم پانی سے تنی ہوئی ہو داخل کیجاتی ہے۔ یہ سخت خطرناک
ہے کہ تیسرے مہینہ کے اختتام پر رحم کو خالی کرنے کی اس طرح کوشش کی جائے کہ سریع اتساع 123
کر کے بیضہ کو کلاًیا جزءاً کھینچا جائے۔ اس سے ممکن ہے کہ رحم آسانی سے شق ہو جائے اور
مکمل طور پر خالی بھی نہ ہو۔

ان نہایت ہی شاذ و نادر اصابتوں مثلاً پرنشس (متلف) قے، ایکیوٹ ییلو اٹرفی آف دی لور (جگر کا شدید ذبول اصفر) میں کہ جن میں تیسرے ماہ کے اختتام کے بعد یہ ضروری ہے کہ رحم کو جلدی سے خالی کر دیا جائے، بہترین صورت یہ ہے کہ اگر عامل ماہر ہو تو سیزیرین سکشن (شگاف قیصری)، یا ویجائنل ہسٹریکٹومی (مہبلی رحم شگافی) انجام دی جائے۔

حمل کا خطرناک یرقان

ایکیوٹ ییلو اٹروفی آف دی لور (acute yellow atrophy of the liver = جگر کا حاد صفر ذبول)

یہ ایک نادر الوقوع لیکن نہایت خطرناک مرض ہے، جو حمل میں پیچیدگی پیدا کر سکتا ہے۔ یہ دوران حمل میں کسی وقت واقع ہو سکتا ہے۔ بہت جلد یعنی چھٹے اور آٹھویں ہفتوں میں اس کی اصابتیں ہونا بیان کیا گیا ہے، لیکن زیادہ عمومیت کے ساتھ یہ حمل کے آخری ماہ کے دوران میں یا پیورپیریئم (peurperium = نفاس) کے ابتدائی زمانہ میں واقع ہوتا ہے۔ یہ حمل کے ساتھ مخصوص نہیں ہے، اور مردوں میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔

مرضیات

جگر جسامت میں نمایاں طور پر اور بہ سرعت گھٹتا ہے، اور ممکن ہے کہ تھوڑی ہی مدت میں اپنے اوسط وزن کے نصف سے بھی کم ہو جائے۔ اس کا کیسہ منظر میں جھری دار ہو جاتا ہے، اور عضو معمول سے زیادہ نرم اور شکستنی ہوتا ہے۔ تراشنے پر اس کی سطح زرد نظر آتی ہے، جس میں نارنجی یا سرخ رنگ کے خطے ہوتے ہیں۔ ہر لوبیول (لختکہ) ایک سرخ مرکز اور ایک زردی مائل محیط رکھتا ہے۔

خرد بینی تراشیں بعض تغیرات ظاہر کرتی ہیں جو شدت مرض کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ خفیف اصابتوں میں لوبیول (لختکہ) کا مرکزی حصہ تنخر ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ لوبیول (لختکہ) کے محیط پر خلیات کوئی غیر طبعی حالت نہ ظاہر کریں، لیکن درمیانی خلیات شحمی انحطاط ظاہر کر رہے ہوں۔ شدید اصابتوں میں کل لوبیول (لختکہ) ماؤف ہوتا ہے، خلیات برباد ہو جاتے ہیں، اور اُن کی بجائے ذراتی ریزوں کا ایک تودہ پایا جاتا ہے، اور صرف چند کبدی خلیات شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ مگر انٹر لوبیولر (بین لختکی) فضائیں، پورٹل ویسلز (portal vessels = عروق بابی) اور بائل ڈکٹز (bile-ducts = صفراوی قناتیں) کوئی تغیر نہیں ظاہر کرتیں۔

گردوں میں انحطاط کا نمایاں ثبوت نظر آتا ہے اور کبھی کبھی تنخر بھی ہوتا ہے، بالخصوص کانوولیوٹڈ ٹیوبیولز (ملفف انابیب) کے خلایہ میں۔ گلامیرولائی (گوبک) اور

وہ خلایہ جو جمع کرنے والے ٹیوبیولز (انابیب) کا استر بناتے ہیں، صرف خفیف طور سے متاثر ہوتے ہیں۔ امتحان بعد الموت پر مشاہدات بالکل وہی ہوتے ہیں جو ایکلیمپیا (انشناج) میں پائے جاتے ہیں، مگر زیادہ شدید ہوتے ہیں۔

علامات

خواہ یہ کیفیت دوران حمل میں واقع ہو، یا پیور پیریم (نفاس) کے زمانہ میں، علامات ایک ہی ہوتی ہیں۔

دو بڑی اقسام شناخت کی جا سکتی ہیں، حاد اور تحت الحاد۔ 124

حاد شکل۔ اس میں علامات خوفناک سرعت سے شروع ہوتی ہیں۔ مریضہ جو پہلے اچھی صحت کی حالت میں معلوم ہوتی تھی، دفعتاً حاد درد شکم، سخت درد سر، شدید قے، اور اسہال میں مبتلا ہو جاتی ہے۔ پھر جلدی سے اُس پر ایک غنودگی یا ہذیان کی حالت طاری ہو جاتی ہے، اور اس کے بعد جلد ہی قوما ہو جاتا ہے، جس میں بعض اوقات تشنجات خلل انداز ہوتے ہیں۔ مریضہ کو یرقان ہوتا ہے، قے اکثر اوقات خون آلود ہوتی ہے، اور قارورہ کی مقدار گھٹ جاتی ہے۔ اس میں البیومن تمام اقسام کے کاسٹز (سانچے)، اور اکثر اوقات خون ہوتا ہے، اور اُس میں وہی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں، جو ایکلیمپیا (انشناج) کی مریضاؤں کے قارورہ میں ہوتے ہیں۔ خارج شدہ یوریا (urea) کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ امونیا کوفشنٹ (قدر امونیا) زیادہ ہو جاتا ہے، اور لیوسن (leucin) اور ٹائروسن (tyrosin) کی قلمیں موجود ہوتی ہیں۔

تحت الحاد شکل۔ بعض اصابتوں میں مرض کا ممر اتنا سریع نہیں ہوتا۔ پہلے اصابت مثل پری ایکلیمپٹک ٹاکسیمیا (پیش انشناجی تسمم دم) کے شروع ہوتی ہے، لیکن جلد ہی یرقان نمایاں ہوتا ہے۔ مریضہ بتدریج جامد الحس ہو جاتی ہے اور اس پر قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے، اور جگر کی جسامت میں بتدریج تخفیف کا پتہ لگایا جا سکتا ہے۔

اگر اس کیفیت کا وقوع دوران حمل میں ہو تو مریضہ عموماً ایک مردہ جنین جنتی ہے۔

حاد شکل کی طرح اصابتوں کا یہ گروہ بھی عموماً مہلک ثابت ہوتا ہے۔

تشخیص

اس مرض کا اس وقت شبہ کرنا چاہیئے جب ایک حاملہ عورت میں پر یگننسی ٹاکسیمیا (حملی تسمم دم) کی نمایاں شہادتوں اور ارتفاع تپش، اور شدید اختلال عمومی کے ساتھ ساتھ یرقان ہو اور جگر کی جسامت میں تخفیف ظاہر ہو۔

اگر تشنجات واقع ہوں، تو ایکلیمپسیا (انتشاج) سے تفریقی تشخیص کرنا پڑتی ہے۔ یہ ہرگز ہمیشہ آسان نہیں ہوتی، اس کے لئے یرقان کی شہادت، اور کبدی اصمیت کی تخفیف پر بھروسہ کرنا چاہیئے۔

ممکن ہے کہ حاد آغاز کی اصابتوں پر زہر خورانی کا مغالطہ ہو، کیونکہ فاسفورس (phosphorus) اور ٹٹرا کلور ایتھین (tetrachlorethane) کے تسمم میں مماثل علامات موجود ہوتے ہیں، اور اس کو خارج از بحث کرنے کے لئے مریضہ کی سرگزشت اور مسوڑھوں کی حالت کی تحقیق کرنا چاہیئے۔

یہ بھی ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ جب ولادت طویل کلوروفارم (chloroform) کی عدم حسیت کے تحت ہوئی ہو تو مماثل کبدی ضررات اور یرقان موجود ہو سکتے ہیں۔

علاج

اگر مذکورہ بالا علامات دوران حمل میں واقع ہوں تو رحم کو جلد از جلد خالی کر دینا چاہیئے۔ منہ کی راہ سے یا براہ معاء مستقیم، یا درون وریدی طور پر گلوکوز (glucose) اور القلیز (alkalies = قلیات) دینی چاہئیں۔ کیلشیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) کا درون وریدی طور پر اشراب کیا جا سکتا ہے۔

125

باب دوازدہم

حمل کے ٹاکسیمیاز (تسممات دموی) (بسلسلۂ سابق)

ٹاکسیمک انٹی پارٹم ہیمریج (toxæmic antepartum hæmorrhage= تسمم الدموی قبل الولادتی نزف)

ایکسیڈنٹل انٹی پارٹم ہیمریج (accidental antepartum hæmorrhage= اتفاقی قبل الولادتی نزف) کی تسبیب ہنوز یقینی طور پر معلوم نہیں ہے' اور یہ ایک خلاف قیاس امر ہے کہ تمام اصابتوں میں ایک مشترکہ علّیتی عامل اطلاق پذیر ہو۔ تاہم ان کا ایک گروہ ایسا ہے کہ جس میں نزف کے ہمراہ واضح طور پر ٹاکسیمک (تسمم الدمی) علامات پائی جاتی ہیں' اس گروہ میں ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) کی بعض شدید ترین اصابتیں شامل ہیں۔ گاہے "مخفی" قسم کے شدید نزف کے باوجود ٹاکسیمیا (تسمم الدم) کی کوئی بھی امارت نہیں پائی جاتی۔ اس کے برعکس' ممکن ہے کہ ٹاکسیمک (تسمم الدموی) صفات کا غلبہ ہو جائے' اور اصل نزف کی حیثیت' خفیف سر بری اہمیت کی رہ جائے۔ ٹاکسیمک انٹی پارٹم ہیمریج (تسمم الدموی قبل الولادتی نزف) حمل کے آخری زمانہ میں' اور بالعموم ۳۶ ویں ہفتہ کے بعد واقع ہوتی ہے۔ یہ ملٹی پیرا (multipara= کثیر الولادت) میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں ایسے شدید بینئی اختلال کی علامات و امارات نظر آتی ہیں کہ خون کی ضائع شدہ مقدار اس سے کچھ نسبت نہیں رکھتی' گو کہ یہ ظاہر ہے کہ حاد عدم دمویت ان اصابتوں کی شدت میں اضافہ کر سکتی ہے۔ البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور نیز

اڈیما (تہبج) عام طور پر موجود ہوتا ہے۔ بعدالموت امتحان کرنے پر جگر اور گردوں میں تغیرات پائے جاتے ہیں، لیکن یہ وہی ہوتے ہیں جو کہ ایکلیمپیا (انشناج) میں پائے جاتے ہیں۔ گاہے نزف کے ہمراہ ایکلیمپٹک (انشناجی) علامات دوران زندگی ہی میں پائی جاتی ہیں۔

مہلک اصابتوں میں یا ان اصابتوں میں جس میں سیزیرین سیکشن (شگاف قیصری) یا ہسٹریکٹومی (hysterectomy= رحم برآری) کے ذریعہ علاج کیا گیا ہو، بسا اوقات پری ٹونیل کیویٹی (کہفہ باریطونی) میں اور براڈ لگامنٹ (broad ligament= رباط عریض) کی تہوں کے درمیان، خون یا خون آلود سیال پایا جاتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ رحم کی سطح پر کے شقاقات میں سے نکلتا ہے۔ قطع نظر اُس ریٹرو پلے سنٹل (retro-placental= پس مشیمی) اجتماع خون کے جو کہ رحمی کہفہ میں پایا جاتا ہے، عام طور پر رحمی عضلہ میں بھی اڈیما (تہبج، تنخر، اور نزف کے رقبہ جات نظر آتے ہیں۔ یہ زخنکی نزفات اور تنخرات، مشیمی مقام کے قرب و جوار میں زیادہ نمایاں ہوتے ہیں لیکن اکثر اوقات ایک یا دوسری جانب محدود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان کے ہمراہ تناظر اوویرین وینز (ovarian veins= بیضی وریدوں) کی علقیت پائی جائے۔

اس میں شبہ نہیں کہ نزف اور ٹاکسیمیا (تسمم الدم) یکجا پائے جا سکتے ہیں، تاہم امراضیاتی واقعات کا صحیح ممر بہت کم واضح ہے۔ کوئی نوعی سمم تو ہنوز ثابت نہیں کیا گیا لیکن یہ عام طور پر باور کیا جاتا ہے کہ ٹاکسیمیا (تسمم الدم) ایک اولی عامل کی حیثیت سے وجود میں آتا ہے۔ یہ مفروضہ نسیجیاتی اور سریری شہادت پر مبنی ہے۔ اول الذکر شہادت غیر یقین آفریں ہے کیونکہ یہ ثابت کرنا دشوار ہے کہ رحمی تسمم سے پیدا شدہ تنخرات یا عرقی تغیرات کا رحمی نزفات ثانوی نتیجہ ہیں۔ اسی طرح یہ بھی ضروری نہیں کہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) نزف سے پہلے واقع ہو۔ 126

ایک دوسرے خیال کے مطابق بنیادی اور اولی عنصر یہ ہے کہ ماں کی دموی رسد میں مداخلت ہو جاتی ہے، جس کی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ سادہ میکانی عوامل سے پلیسنٹا (مشیمہ) جدا ہو گیا ہو، یا اوویرین (بیضی) اور رحمی وریدیں، علقیت، تشنج اور بلا واسطہ دباؤ سے مسدود ہو گئی ہوں۔ یہ نظریہ ٹاکسیمیا (تسمم الدم) کی علامات کو، جو کہ ہمراہ پایا جاتا ہے،

ثانوی پلیسنٹل انفارکٹز (placental infarcts = مشیمی مفعمات) کی خود پاشیدگی کے حاصلات کا نتیجہ قرار دیتا ہے، اور بر سبیل تمثیل اس صدمہ کو پیش کرتا ہے کہ جو جسم کے باقی حصوں میں عضلہ کے بڑے بڑے رقبہ جات کو تضرر پہنچانے سے پیدا ہوتا ہے۔ یاد رہے کہ یہ تسلیم کر لیا گیا ہے کہ اس قسم کے صدمہ کا زیادہ تر سبب ہسٹامائن (histamine) کا آزاد ہونا ہے۔ حالیہ تجرباتی تحقیقات سے یہ خیال سوجھا ہے کہ پریگننسی ٹاکسیمیا (تسمم الدم) کے مختلف مظاہرات کا سبب ہسٹامائن (histamine) یا ہسٹامائن نما اجسام ہیں، جو ضروری نہیں کہ مشیمی خود پاشیدگی سے پیدا ہوں۔

تجرباتی اور سریری تفتیش سے یہ خیال سوجھا ہے کہ ٹاکسیمک انٹی پارٹم ہیمرج (تسمم الدموی قبل الولادتی نزف) کی اکثر اصابتوں میں اولی تسبیبی عامل، مزمن التہاب گردہ ہے۔ لیکن یہ اقرار کرنا پڑتا ہے کہ خواہ حملہ سے پہلے یا صحتیابی کے بعد مزمن التہاب گردہ کا کوئی ثبوت نہیں پایا جاتا۔ آخراً یہ بھی بیان کیا گیا ہے کہ مخفی نزف سے رحم کا حجم بڑھ جاتا، درون شکمی دباؤ کو جو کہ پہلے ہی زیادہ ہوتا ہے، اور زیادہ کر دیتا ہے، جس سے جگر اور گردوں کے وظائف متاثر ہوتے ہیں۔ اس نظریہ کے مطابق ٹاکسیمیا (تسمم الدم) ثانوی ہے، اور کمیٔ اخراج کا نتیجہ ہے۔ اس بیان پر ایک سخت اعتراض یہ ہے کہ ایکسیڈنٹل ہیمرج (اتفاقی نزف)، ملٹی پریٹی (کثرت ولادت) کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ مشاہدہ کردہ بہت سی اصابتوں میں پیٹ کا ڈھیلا ہونا بظاہر یہ ثابت کرتا ہے کہ دباؤ کا عامل اس سلسلہ میں بالکل اہمیت نہیں رکھتا۔

خوش قسمتی سے انٹی پارٹم ہیمرج (قبل الولادتی نزف) کا علاج اس سے زیادہ مستحکم بنیاد پر قائم ہے، کہ جتنا مذکورہ بالا تسبیبی مفروضات سے نظر آتا ہے۔ سریری خصوصیات اور معالجاتی داعیات کسی آئندہ باب میں پیش کئے جائیں گے۔

خفیف سمّی مظاہر

دستور ہے کہ اس عنوان کے تحت خفیف اہمیت کی کچھ کیفیات شامل کی جاتی ہیں، جو دوران حمل میں واقع ہو سکتی ہیں۔ اکثر اوقات یہ بیان کیا جاتا ہے کہ وہ کسی معکوس سبب کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں، لیکن یہ یقینی طور پر معلوم نہیں ہے کہ یہ بیان صحیح ہے، کیونکہ ایسی اصل کا کوئی معین ثبوت پیش نہیں کیا گیا۔ مزید برآں اس رائے کی تائید میں

شہادت جمع ہو رہی ہے کہ ممکن ہے کہ یہ کسی نوعیت کے ٹاکسیمیا (تسمم دم) کے مظاہر ہوں۔

خارش (pruritus) — یہ دو اقسام میں واقع ہو سکتی ہے۔ پہلی قسم میں علامات ولوا (فرج) کے خطہ تک محدود ہوتی ہیں۔ یہ دوران حمل میں کثیر الوقوع ہوتی ہیں، اور صرف شاذ و نادر ہی ایسا ہوتا ہے کہ وہ کوئی شدید اختلال پیدا کریں۔ ممکن ہے کہ ولوا (فرج) کی وریدیں ویری کوس (دوالی نما) ہوں۔ دوسری قسم میں خارش محدود المقام نہیں ہوتی، بلکہ کسی حصۂ جسم یا تمام جسم پر محسوس ہوتی ہے۔ یہ زیادہ نادر الوقوع قسم ہے، اور ممکن ہے کہ اُس کی خراش اتنی تکلیف دہ ثابت ہو کہ نیند جاتی رہے اور عام صحت کو نقصان پہنچے۔ عموماً جلد کوئی ایسا ضرر نہیں ظاہر کرتی جس سے کہ ناقابل برداشت خارش کی توجیہہ ہو سکے، لیکن بعض مثالوں میں ایری تھی میٹس (erythematous = احمراری) یا ایگزیمیٹس (eczematous) قسم کے طفحات موجود ہوتے ہیں۔

علاج

ایسی تمام اصابتوں میں گلوکوز کی موجودگی کے لئے قارورہ کی تحقیق کرنا چاہیئے۔ لیکٹوز کی موجودگی اہم نہیں ہے (دیکھو ذیابیطس)۔ محدود المقام قسم، حمل کے علاوہ کسی دیگر مقامی کیفیت، مثلاً ایک ویجائنل (مہبلی) مواد کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ اگر مواد پیپ دار ہے تو اُسی لحاظ سے اُس کا علاج کرنا چاہیئے، (دیکھو صفحہ 192) مگر ممکن ہے کہ معمولی مہبلی مواد جو سروکس (عنق) کے غددوں سے ماخوذ ہوتا ہے، زیادہ ہو جائے، جو کہ دوران حمل میں بڑھی ہوئی عرقیت کی وجہ سے غیر عام نہیں ہے۔ حمل کا لحاظ کرتے ہوئے حابس ویجائنل ڈوش (vaginal douche = مہبلی نطول)، کا نہ استعمال کرنا زیادہ عقلمندی ہے، اور اس کیفیت کا بہترین علاج یہ ہوتا ہے کہ ماؤف حصوں کو حتی الامکان خشک رکھا جائے۔ ہائیڈروسیانک ایسڈ لوشن (hydrocyanic acid lotion = ہائیڈروسیانک ترشہ کا غسول) ایک اونس پانی میں اس کے ۔ا منیم (بوند)، کاربالک ایسڈ لوشن (carbolic acid lotion = کاربالک ترشہ کا غسول) (۱/۲۰)، یا کیلومل آئنٹ منٹ (calomel ointment = مرہم کیلومل) [ایک اونس لینولین (lanoline) یا ویسلین (vaseline) میں اس کے ۳۰ گرین] کے استعمال سے یا ویجائنا (مہبل) کے دفع سرائت سے یہ علامت رفع کی جا سکتی ہے۔ عمومی شکل میں مریضہ کو

مسکن اعصاب ادویہ دینا چاہیئے، جیسے امونیم (ammonium) یا سوڈیم برومائڈ (sodium bromide) اور جلد کو کاربالک لوشن ۱/۴۰ (کاربالک غسول) میں تر کیا جا سکتا ہے۔ ارٹی کیریا (urticaria = شری) کی اصابتوں میں کیلشیم (calcium) دینا نفع بخش ثابت ہوا ہے۔ اگر خارش کی مریضہ کو سختی کے ساتھ دودھ کی غذا پر رکھا جائے تو فائدہ ہوتا ہے۔ بعض شاذ و نادر مثالوں میں جبکہ مریضہ نے بیخوابی کے سبب سے خستگی اور عصبی بار کے امارات ظاہر کئے ہیں، یہ ضروری معلوم ہوا ہے کہ حمل کو پیش از میعاد منقطع کر دیا جائے (دیکھو امراضِ نسواں کی جلد میں "خارش" کی فصل)۔

سیلی ویشن (salivation = کثرتِ ریق)

دوران حمل میں اکثر اوقات لعاب کی مقدار میں بیشی واقع ہوتی ہے۔ کثرتِ افراز کی دیگر اشکال جو دیکھی گئی ہیں وہ سوٹینگ (sweating = تعریق)، اور لیکریمیشن (lacrymation = تدمع) ہیں۔ ممکن ہے کہ حمل کی پیچیدگی زچہ کے لئے نہایت تکلیف وہ ثابت ہو۔ 128

یہ سیلیویشن (کثرت ریق) بالعموم حمل کے ابتدائی حصہ میں واقع ہوتی ہے، اور بلحاظ زمانہ صبح کی قے کے ہمعصر ہوتی ہے۔ مابعد کے حمول میں علامات کے دوبارہ واقع ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ افراز کی مقدار اختلاف پذیر ہوتی ہے، ممکن ہے کہ انتہائی مقدار ہو چنانچہ ایسے واقعات مندرج ہوئے ہیں جن میں ۵۰۰ سی سی حتیٰ کہ ۱۶۰۰ سی سی ۲۴ گھنٹہ کے اندر نفث کیا گیا ہے۔

مریضہ پر اس کے اثرات تکلیف دہ ہوتے ہیں، نہ صرف علامات کی ناخوشگواری کی وجہ سے، بلکہ اس لئے بھی کہ وہ نہایت مسلسل طور پر بے چین رہتی ہے۔ جسم کے سیال کے نقصان کی وجہ سے وزن میں بسرعت کمی واقع ہو سکتی ہے، حتیٰ کہ ایک ہفتہ میں ۲۹ پونڈ وزن کی کمی دیکھی گئی ہے۔

علاج یہ ہے کہ مریضہ کو کوئی کلی کرنے کی حابس دوا دی جائے، جیسے کہ فی پائنٹ ایک ڈرام ایلم (alum = پھٹکری)۔ اندرونی طور پر بیلاڈونا ایکسٹریکٹ (belladonna extract) اور تھائرائڈ ایکسٹریکٹ (thyroid extract = خلاصہ درقیہ) ہر ایک

۱/۴ گرین دن میں دو بار دینے سے اچھے نتائج مترتب ہوئے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ تدابیر ناکام رہیں، اس صورت میں مریضہ کو صرف دودھ کی غذا دینا مناسب ہے۔

ہرپیز جیسٹیشنس (herpes gestationis = **نملہ حمل**)۔ اس جلدی مرض کو جو حمل کے ساتھ مخصوص ہے، اب ٹاکسک نیورائٹس (toxic neuritis = سمی التہاب العصب) کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ یہ ایک ہی مریضہ کے متوالی حمول میں واقع ہوتا دیکھا گیا ہے۔

مریضہ خارش اور جلن کی شکایت کرتی ہے جو بعض اوقات ناقابل برداشت ہو جاتی ہے۔ سب سے پہلے طفحہ سرینوں اور ٹانگوں پر ظاہر ہوتا ہے، اور بالآخر جسم کے دیگر حصوں کو متاثر کر سکتا ہے۔ طفحہ ایک کثیر الاشکال صفت اختیار کرتا ہے، اور ہرپیز (herpes = نملات)، ایری تھیمیٹس (erythematous = احمراری) چکتیوں، پیپیولز (papules = بثور)، پسچیولز (pustules = قائحات)، اور بلی (bullæ = فقاعات) کے طور پر جماعت بندی ظاہر کرتا ہے، جو کہ بلا امتیاز نمودار ہوتے ہیں۔ ہرپیز جیسٹیشنس (herpes gestationis = نملہ حمل) کا حمل پر کوئی اثر نہیں ہوتا، لیکن خراش سے بے خوابی پیدا ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ مریضہ کو خستہ کر دے۔

علاج

داخلی طور پر ایک آمیزہ دینا چاہئے جس میں ہائپو فاسفائٹس (hypophosphites)، سم الفار اور فولاد شامل ہو، اور مقامی طور پر بسمتھ (bismuth) اور نشاستہ کا سفوف، یا کاربولک ایسڈ یا سیماب کے لوشن (lotion = غسول) لگانا چاہئیں۔

مختصر بیان

حمل کے مختلف فسادات "ٹاکسیمک (تسمم الدموی)" کہلاتے ہیں، گو کہ اس کے یہ معنی نہیں کہ وہ کسی مشترکہ علتی عامل کا نتیجہ ہیں۔ اس کے برعکس، ابھی تک کوئی نوعی سم ثابت نہیں کیا گیا، گو کہ بسا اوقات ایک نوعی سم فرض کر لیا جاتا ہے۔ متعدد مفروضات کا مختصر سا ذکر کیا جا چکا ہے لیکن ان میں سے کوئی بھی ایسا نہیں جو ہمہ گیر طور پر اطلاق پذیر ہو۔

ہائپر ایمیسس گریویڈیرم (حمل کا استفراغ شدید) کے امراضیات اور معالجہ ایک معقول

بنیاد پر قائم کر دیئے گئے ہیں۔ تاہم ایکلیمپسیا (انشناج) کی تسبیب ہنوز پردہ تاریکی میں ہے، اور اسی طرح انٹی پارٹم ہیمرج (قبل الولادتی نزف) کی بھی۔ ان موخرالذکر حالتوں کا علاج، مداولت 129
میں نسبتہً تسلی بخش ہے، لیکن یہ سر بسری تجربہ پر مبنی ہے، نہ کہ کسی سائنٹفک نظریہ پر۔

ہائپر ایمیسس گریویڈیرم (حمل کا استفراغ شدید) یا حمل کی مواظب قے میں علتی عوامل زیادہ تر نفسیاتی ہوتے ہیں۔ اس مرض کے خراب اثرات اور مشاہدہ کردہ حیاتی کیمیائی انحرافات تقریباً تمامتر کاربوہائڈریٹ کے تجوع کا، اور اسس ڈی ہائڈریشن (نابیدگی) کا جو کہ مسلسل قے اور تخفیف درآمد سے پیدا ہوتی ہے، نتیجہ ہوتے ہیں۔ تاہم یہ تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ اس عارضی متلی اور قے کے اولی سبب کے متعلق جو کہ عام طور پر حمل کے ابتدائی ترین درجہ کی خصوصیت ہے، ہنوز بہت عدم تیقن پایا جاتا ہے۔

ہائپر ایمیسس گریویڈیرم (حمل کا استفراغ شدید) کا علاج، سادہ نفسیاتی معالجاتی تدابیر پر، اور نیز ایک یا دوسرے ذریعہ سے کاربوہائڈریٹیز اور سیالات دینے پر مشتمل ہے۔ غفلت یا ناتسلی بخش علاج تشویشناک بلکہ مہلک نتائج تک پیدا کر سکتا ہے۔ حمل کا اختتام کرنے کی ضرورت نہیں پڑنی چاہیئے، اِلّا کسی ایسی اصابت میں جان بچانے کے لیئے جس میں ابتداءً غفلت برتی گئی ہو۔ افسوس کہ لفظ "ٹاکسک (سمی)" کا بیجا استعمال کرنا بعض اوقات زمانہ ماضی میں مزید فاقہ کشی کے ذریعہ علاج کرنے کا خیال سوجھاتا تھا۔ سوائے اس صورت کے کہ قے آخری زمانہ میں شروع ہوئی ہو اور ایکلیمپٹک (انشناجی) حالت کی علامت ہو، اس طرح علاج کرنے کی قطعی ممانعت کی جاتی ہے۔

حیاتی کیمیائی مشاہدات سے ایکلیمپسیا (انشناج) کی تسبیب پر کچھ روشنی نہیں پڑی۔ اس مرض کی اصابتوں میں جن میں پہلے سے البیومن یوریا (البیومن بولیت) ہوتا ہے، ضاغط مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن ان کی ٹھیک ٹھیک اہمیت اور اصل منبع مشکوک ہے۔ حمل کے البیومن یوریا (البیومن بولیت) کے بعد التہاب گردہ شاذ و نادر ہی پایا جاتا ہے۔ لیکن البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی ہر مریضہ کی نہایت احتیاط سے نگرانی اور علاج کرنا چاہیئے، تاکہ ایک تو ایکلیمپسیا (انشناج) کا اور دوسرے مستقل کلوی نقصان کا خطرہ دور کیا جا سکے۔

اب یہ تسلیم کیا گیا ہے کہ البیومن یوریا (البیومن بولیت) متوالی حمول میں عود کرنے کا

رجحان رکھتا ہے۔ جن اصابتوں میں البیومن یوریا (البیومن بولیت) باوجود علاج کے بہت عرصہ تک قائم رہے، ان میں اور نیز اس وقت جبکہ پری ایکلیمپٹک (انشناجی) علامات نمودار ہوں حمل کو ختم کر دینا چاہئے۔

قریب الوقوع ایکلیمپسیا (انشناج) کی سب سے اہم معروضی امارت، فشار خون کا ارتفاع ہے۔

قائم شدہ ایکلیمپسیا (انشناج) میں اخراجی، مسکّن، اور کلی تدابیر اختیار کرنے پر بحث کی جا چکی ہے۔ ایکلیمپسیا (انشناج) ایک ایسا مرض ہے جو کہ تحریز پذیر ہے۔

انٹی پارٹم ہیمرتیج (قبل الولادتی نزف) کی اصابتوں، اور بالخصوص زیادہ شدید قسم کی اصابتوں کا ایک گروہ ایسا ہے کہ جس میں نزف کے ہمراہ ٹاکسیمک (تسمم الدموی) علامات قطعی طور پر پائی جاتی ہیں۔ لیکن امراضیاتی واقعات کی صحیح ترتیب زمانی ہنوز کامل طور پر سمجھ میں نہیں آئی۔

130

بابِ سیزدہم

حامل رحم کی ڈس پلیس منٹز (displacements = غیر وضعیتیں)

ریٹرو فلیکشن (retroflexion = پس خمیدگی) اور ریٹرو ورشن (retroversion = پس گردیدگی)

رحم کی ریٹرو ڈس پلیس منٹ (retro-displacement = پس غیر وضعیت) حمل پر ایک اہم اثر رکھتی ہے۔ ریٹرو ڈس پلیسڈ (retrodisplaced = پس غیر وضعی) رحم، اور خاص کر اس کی خلقی قسم میں حمل باسانی واقع نہیں ہوتا۔ اس کی وجہ ٹھیک طور پر معلوم نہیں ہے، شاید عضو کی محض مقامیت نہیں بلکہ کوئی اور متلازم نموی نقص اس کا سبب ہے۔ ان میں سے چند مثالوں میں فالوپین ٹیوبز (Fallopian tubes = فالوپی انبوبوں) کے تشنج سے پیدا شدہ سدّ ثابت کیا گیا ہے (دیکھو امراض النساء "عقم")۔ جب اس قسم کی ریٹرو ڈس پلیس منٹ (پس غیر وضعیت) میں حمل واقع ہوتا ہے تو کبسا اوقات جلد ہی ایبارشن (اسقاط) ہو جاتا ہے۔

ریٹرو ورشن (پس گردیدگی) کی اکتسابی قسم میں عقم کا، اور جلد ایبارشن (اسقاط) ہو جانے کا رجحان کم نمایاں ہوتا ہے، اور ایبارشن (اسقاط) کا وقوع بظاہر رحم کی مقامیت کا نہیں بلکہ رحم میں ان متلازم تغیرات کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ سب انوولیوشن (حلکش ناقص) یا خفیف درجہ کی سرایت سے خاص ہیں۔ ایبارشن (اسقاط) خواہ کسی طرح بھی واقع ہو، خلقی اور اکتسابی دونوں قسم کا ریٹرو ورٹڈ (پس گردیدہ) رحم حاملہ ہو سکتا ہے۔

اور مریضہ بلا کسی پیچیدگی کے میعاد کو پہنچ سکتی ہے۔

ایک ریٹروڈس پلیسڈ (پس غیروضعی) رحم میں حمل بالعموم تیسرے ماہ حمل کے ختم تک یا اس کے قریب تک قائم رہتا ہے، لیکن کوئی جاذب توجہ علامت پیدا نہیں ہوتی۔ لہذا تاوقتیکہ بائی مینوئل (دودستی) امتحان نہ کیا جائے، یہ پوشیدہ ہی رہتا ہے۔

تیسرے اور چوتھے ماہ کے درمیان، مریضاؤں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں، مقدمی رحمی دیوار کے نمو کی وجہ سے اور فنڈس (قعر) کے پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) سے اوپر اٹھ جانے کی وجہ سے ڈس پلیس منٹ (غیروضعیت) بتدریج درست ہوجاتی ہے۔ مریضاؤں کی ایک چھوٹی سی اقلیت میں جن میں یہ درستی واقع نہیں ہوتی، نمو یاب رحم بتدریج پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) کو مکمل طور پر بھر دیتا ہے اور وہیں امپکٹڈ (impacted= مغروز) ہوجاتا ہے۔ اسی مرحلہ پر یا اس مرحلہ کے قریب ہی رحم کے اوپر نہ اٹھ سکنے کی وجہ سے ایبارشن (اسقاط) بھی واقع ہوجاتا ہے۔

مذکورہ بالا حالت کو ان کارسریشن (incarceration= تقید) کہتے ہیں۔ یہ اس لئے بھی دلچسپ ہے کہ اگر اس کا ازالہ نہ کیا جائے تو یورنری سسٹم (urinary system= نظام بولی) پر تشویشناک اثرات ظہور میں آتے ہیں۔ پہلے زیریں شکم اور پشت میں درد ہوتا ہے، پھر جوں جوں انٹراپیلوک (intrapelvic= درون شکمی) دباؤ بڑھتا ہے، احشاء زیادہ مضغوط ہوتے جاتے ہیں، مثانہ دھکل کر شکم میں چلا جاتا ہے، اور یوری تھرا (urethra= مجری البول) لمبا ہوجاتا ہے۔ یوری تھرا (مجری البول) کے لمبا ہوجانے سے بالعموم پیشاب کا احتباس ہوجاتا ہے۔ اس احتباس کو یوری تھرا (مجری البول) پر دباؤ پڑنے پر محمول کیا جاتا ہے، لیکن یہ صحیح نہیں، کیونکہ ایک نرم قثاطیر آسانی سے گزارا جاسکتا ہے۔ احتباس ممکن ہے، مکچوریشن (micturition= تبول) کے عصبی عضلی میکانیہ میں مداخلت ہونے کا، یا یوری تھرا (مجری البول) کی تطویل اور انحناء کا نتیجہ ہو (تصویر ۳۸)۔

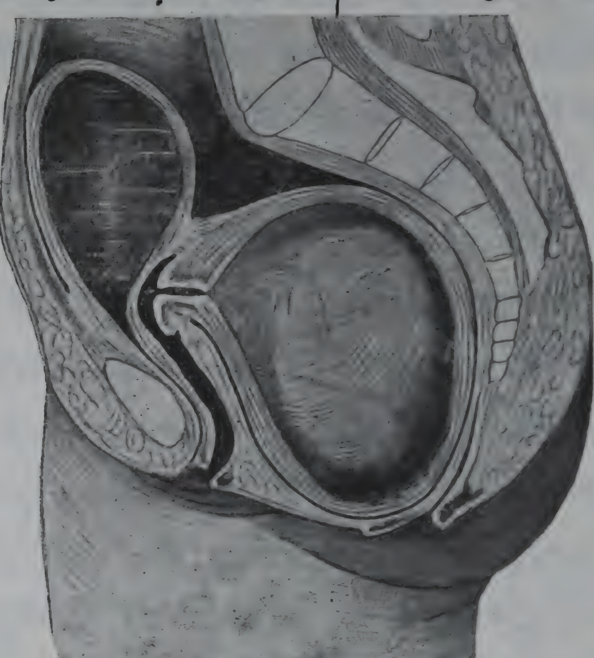
جب احتباس بول کافی زیادہ ہوجاتا ہے تو اس کے بعد سلس البول ہوتا ہے، یعنی متمدد مثانہ متواتر وقفوں پر تھوڑا تھوڑا پیشاب خارج کرتا ہے، لیکن کبھی اپنے آپ کو مکمل طور پر خالی کرنے کے قابل نہیں ہوتا۔ اس حالت کو عام طور سے احتباس بول، اور لبریزی یا سلس احتباسی کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اگر مثانہ کو خالی نہ کیا جائے تو التہاب مثانہ

رونما ہوتا ہے، مثانہ کی دیواریں متہیج اور دبیز ہو جاتی ہیں، غشاء مخاطی گنگرین زدہ ہو جاتی ہے اور مجری البول میں سے جزوی یا مکمل طور پر خارج ہو جاتی ہے۔

معائی خطہ کا مسدود ہونا عام نہیں ہے، اگرچہ معاء مستقیم پر دباؤ پڑنے سے یہ کبھی کبھی وقوع پذیر ہوتا ہے۔

تشخیص

اگر حمل کے تیسرے مہینے کے اختتام کے قریب، یا چوتھے مہینے میں، وظیفہ مثانہ کا



تصویر ۴۸۔ ان کارسریٹیڈ ریٹرورٹڈ (مقید پس گردیدہ) حامل رحم جو کہ احتباس بول ظاہر کرتا ہے۔
رحم کا جسم سیکرم (عجز) کی پرومانٹری (promontary=طنف) سے نیچے انکارسریٹڈ (مقید) ہے۔ سروکس (عنق) اوپر کو چلا گیا ہے جس سے یوریتھرا (مبال) طویل ہو گیا ہے۔

اختلال پایا جائے، تو رحم کی ریٹروڈسپلیسمنٹ (پس غیر وضعیت) کے امکان کی طرف توجہ مبذول کرنی چاہئے۔ ممکن ہے پیشاب نکلنے میں دفعتاً اور مطلق رکاوٹ ہو، یا خفیف سلس البول

کے ساتھ تواتر تبول کی شکایت کی جائے ۔ ممکن ہے کہ درد قطعاً نہ ہو، یا شکم کے زیریں حصہ اور بیٹھ میں درد محسوس ہو۔

شکم پر سے متمدد مثانہ ایک نرم اور تموجی سلعہ کی صورت میں شناخت ہوگا جب ایک قثاطیر داخل کیا جاتا ہے تو سلعہ غائب ہو جاتا ہے، اور بول کی ایک مقدار نکال لی جاتی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ تمدد بہت زیادہ درجہ کا ہو سکتا ہے، حتیٰ کہ ۱۰ پائنٹ تک پیشاب نکالا گیا ہے۔

ویجائنا (مہبل) میں اگر انگلی داخل کرنے کی کوشش کی جائے تو غیر معمولی دقت محسوس ہوتی ہے، کیونکہ ایک چکنے لچکدار ورم کی وجہ سے جو عجز کے گڑھے میں متمکن ہوتا ہے، عقبی ویجائنل (مہبلی) دیوار آگے کی جانب سرکی ہوئی ہوتی ہے۔ اس ورم کو دیکھنے پر یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ دراصل رحم ہے، اور اگر اس کے سروکس (عنق) کو تلاش کیا جائے، تو یہ سمفزز پیوبز (ارتفاق عانہ) کے عقب میں بلندی پر پایا جاتا ہے، یا بعض صورتوں میں ممتحن انگلی اس تک بالکل نہیں پہونچ سکتی۔

وہ حالت کہ جس پر اس کا مغالطہ ہونے کا سب سے زیادہ احتمال ہے، پیلوک ہیماٹوسیل (حوضی قیلہ دمویہ) ہے۔ ممکن ہے کہ روداد سے قیمتی مدد حاصل ہو لیکن تشخیص کو یقینی بنانے کے لئے صرف یہ جاننے کی ضرورت ہے کہ موخر الذکر صورت میں ایک نرم تودہ کے سامنے خفیف سا کلانی یافتہ رحم پڑا ہوتا ہے، درحالیکہ ایک ریٹروورٹڈ (retroverted = پس گردیدہ) حامل رحم کی صورت میں رحم خود کلانی یافتہ اور ریٹروورٹڈ (پس گردیدہ) ہوتا ہے، اور اس کے سروکس (عنق) کا رخ سمفزز پیوبز (ارتفاق عانہ) کی جانب بلندی پر ہوتا ہے، بلکہ بوجہ عظیم ڈس پلیس منٹ (غیر وضعیت) کے جس کرنا ناممکن ہو جاتا ہے۔ ایک دوسری عام حالت جو متشابہ علامات پیدا کرتی ہے رحم کی عقبی دیوار میں فائبرائڈ (لیفی سلعہ) کی موجودگی ہے، اور اگر اس کے ساتھ ساتھ حمل بھی ہو تو اکثر اوقات تفریقی تشخیص میں نہایت حقیقی دقت پڑتی ہے۔ اگر ایک واحد انٹرسٹشل فائبرائڈ (interstitial fibroid = بین رخنکی سلعہ لیفیہ) ہو تو وہ رحم کی متشاکل کلانی پیدا کرتا ہے، اور حمل کے دوران میں یہ فائبرائڈ (سلعہ لیفیہ) بیشتر اوقات نرم ہو جاتا ہے۔ لیکن چونکہ اس کیفیت کا اور ریٹروورٹڈ (پس گردیدہ) حامل رحم کا علاج استنظاری ہے، اس لئے تفریقی تشخیص کی کوئی زیادہ عملی اہمیت نہیں ہے۔

علاج

(ا) احتباس بول واقع ہونے سے پہلے

رحم کی توضیع کی جاسکتی ہے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ دست ورزانہ مداخلت سے ایبارشن (اسقاط) ہوجانے کا احتمال ہے، لہذا اس کے لیئے مارفیا (morphia) کا اشراب دینا چاہیئے۔ لیکن اگر توضیع نہ کی جائے، تو پھر علامات نہ ہونے کی صورت میں رحم کو مزید بالکل نہ چھیڑنا چاہیئے، کیونکہ اس امر کی قوی امید ہے کہ حمل کے تیسرے اور چوتھے مہینوں کے درمیان ڈس پلیس منٹ (غیروضعیت) خود بخود درست ہوجائے گی۔

البتہ مریضہ کو اُس وقت تک زیر مشاہدہ رکھنا چاہیئے اور اُس کو اس زمانہ کا معتدبہ حصہ پرون (prone = مکبوب) یا سیمی پرون (semiprone = نیم مکبوب) حالت میں گزارنے کا مشورہ دینا چاہیئے۔

یہ مشورہ ایبارشن (اسقاط) کا خطرہ گھٹانے کے لئے مفید ہے اور مذکورہ بالا وضع قدرت کو ڈس پلیس منٹ (غیروضعیت) کی ترجیع کرنے میں مدد دیتی ہے، چنانچہ یہ ترجیع انکارسریشن (تقید) کی علامات ظاہر ہونے سے پہلے ہی واقع ہوجاتی ہے۔ 133

(ب) احتباس البول لاحق ہوچکنے کے بعد

اگر کسی عضو کے علاج کی ضرورت ہے تو وہ مثانہ ہے، نہ کہ رحم۔ یعنی رحم کی غیروضعیت صرف اسی قدر اہمیت رکھتی ہے کہ وہ زیادہ یا کمتر مدت کے لیئے مثانہ کی فعالیت میں اختلال پیدا کرتی ہے۔ اگر احتباس البول رفع نہ کیا جائے تو التہاب مثانہ کا خطرہ ہے۔ ہر آٹھ گھنٹے کے بعد بذریعہ قثاطیر مثانہ کو خالی کرنا چاہیئے، اور مریضہ کو بستر میں زیادہ تر سیمی پرون (نیم مکبوب) وضع میں رکھنا چاہیئے۔ عموماً یہ کافی ہوتا ہے، اور رحم خود بخود اونچا ہوجاتا ہے۔ لیکن اگر خود بخود ارتفاع واقع نہ ہو، تو اس کے بعد رحم کی توضیع کرنے کی کوشش کرنا چاہیئے۔ اگر ضرورت ہو تو سروکس (عنق) کے اگلے لب پر ولسیلم فارسپز (volsellum forceps = متناشی کلاب) کے ذریعہ امدادی ٹریکشن (traction = جر)

لگایا جا سکتا ہے، اور یہ دست درزیاں مریضہ کو نی چسٹ (knee-chest = رکبی صدری) وضع یا سمس (Sims) کی بتائی ہوئی وضع میں رکھکر کی جا سکتی ہیں، ممکن ہے کہ این استھیٹک (معدم حس) دینے کی ضرورت ہو۔ جب رحم اپنی جگہ پر آجائے تو ایک رنگ پیسری (ring pessary = حلقہ نما فرزجہ) لگائے رکھنا چاہئے، یہاں تک کہ ریٹروڈس پلیس منٹ (retrodisplacement = پس غیر وضعیت) کے وقوع کا کوئی امکان باقی نہ رہے، مثلاً پانچویں مہینہ تک۔ اگر یہ تدابیر کامیاب نہوں تو مریضہ کو بستر پر رکھنا چاہیئے، اور مثانہ کو مقررہ اوقات پر خالی کرنا چاہئے۔ اکثر یہ دیکھا گیا ہے کہ رحم خود بخود بھی اوپر نہیں جاتا اور نہ اس کو ڈھکیلا جا سکتا ہے، تاہم مریضہ جلد مثانہ پر قابو یا اختیار حاصل کر لیتی ہے۔ جب یہ واقع ہو جائے تو وہ صورت حال جو کہ خطرناک تھی ختم ہو جاتی ہے۔ اگر مریضہ کا وقتاً فوقتاً امتحان کیا جائے، تو اغلباً یہ پایا جاتا ہے کہ اگرچہ رحم کی ایک جیب اب بھی پیلوس (حوض) کے گڑھے میں واقع ہے، تاہم یہ محسوس ہوتا ہے کہ بڑھتا ہوا رحم شکم میں بتدریج بلند ہوتا جاتا ہے، اور جلد یا بدیر جیب غائب ہو جاتی ہے، جس کے بعد رحم اپنی طبعی وضع میں پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت بہت دیر میں یعنی وضع حمل کے پہلے مرحلہ کے دوران میں واقع ہو۔

زمانہ سابق میں ایبارشن (اسقاط) کا املا کرانیکی سفارش کی جاتی تھی، لیکن یہ التہاب مثانہ کی شدید اصابتوں میں بھی شاذونادر ہی مناسب ہوتا ہے۔ یہ بھی تجویز کیا گیا ہے کہ رحم کو ان فرضی انضمامات سے جو اسے پیلوس (حوض) میں باندھے رہتے ہیں، آزاد کرنے کے لئے شکم شگافی کرنی چاہئے۔ اس طریقہ علاج کے بیان کرنے کی ضرورت اس لئے نہیں کیونکہ اڈہیرنٹ (adherent = منضم) رحم کے حاملہ ہونے کا بہت کم امکان ہوتا ہے۔

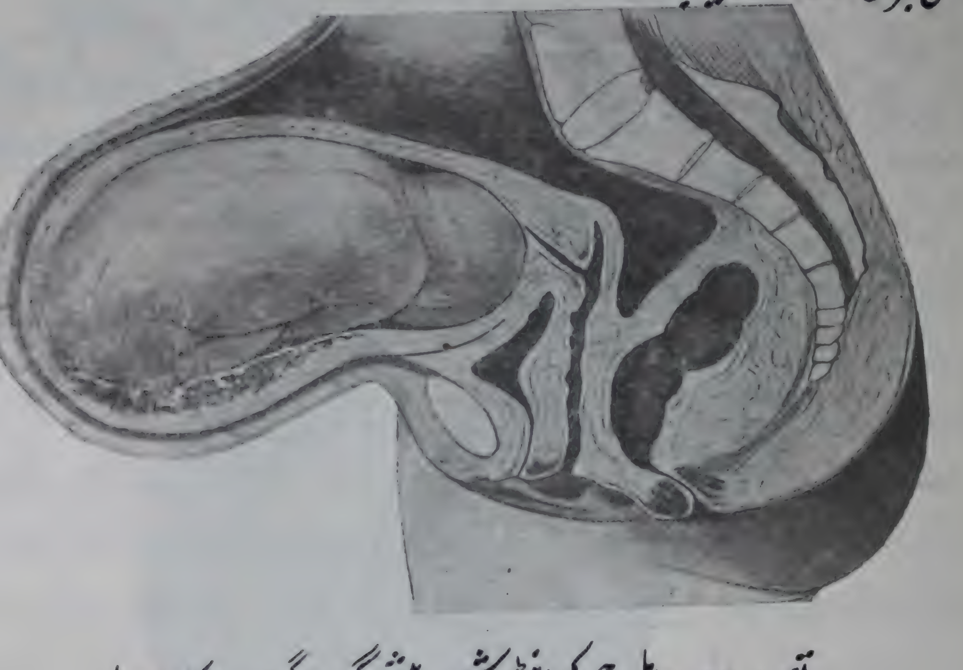
اینٹی فلکشن (anteflexion = پیش خمیدگی) اور اینٹی ورشن (anteversion = پیش گردیدگی)

ایک غیر حامل رحم کی طبعی وضع، اینٹی ورشن (پیش گردیدگی) اور خفیف اینٹی فلیکشن (پیش خمیدگی) کی ہوتی ہے۔ حمل کے ابتدائی مہینوں میں اس وضع کی خفیف تشدید کوئی خاص اہمیت نہیں رکھتی۔ موخر مہینوں میں اگر شکمی دیوار کا سہارا ناکمل ہو، یا اگر پیلوس (حوض) کا انقباض کافی درجہ تک ہو، تو ممکن ہے کہ فنڈس یوٹرائی (قعر رحم) سیدھا آگے کو گر جائے اور شکم غیر معمولی طور پر ابھر جائے۔ اس حالت کو "پینڈولس بیلی (pendulous belly =

لٹکا ہوا پیٹ)" کہتے ہیں۔

134 پینڈولس بیلی (لٹکے ہوئے پیٹ) کی وہ قسم جو کہ شکمی دیواروں کی بے تمنشی اور غیر معمولی کھنچاؤ کا نتیجہ ہوتی ہے، دوران حمل میں سخت تکلیف پیدا کرتی ہے اور وضع حمل میں دقت کا موجب ہوتی ہے۔

دوران حمل میں اس کا علاج یہ ہے کہ ایک موزوں پریگننسی کارسٹ (corset) یا سہارک لگا دیا جائے، جس کا نقطۂ مثبت لمبوسیکرل سپائن (lumbo-sacral spine= قطنی عجزی شوکہ) سے لیا جائے۔



تصویر ۲۹ - حامل رحم کی اینٹی ورشن (پیش گرویدگی) اور لٹکا ہوا پیٹ

دوران وضع حمل میں، ایک مضبوط شکم بند جس کے ساتھ جانبی گدیاں ہوں یا نہ ہوں، لگانا چاہیئے، اور وضع حمل سر انجام دیتے وقت مریضہ کو پشت کے بل لٹا کر رکھنا چاہیئے، یہاں تک کہ پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) کے اندر داخل ہو جائے۔ اس سے رحم کا ناقص محور درست ہو جائے گا، اور انقباضات صحیح سمت میں فعل کر سکیں گے۔ شکمی عضلات کی امداد کا فقدان دوسرے مرحلہ میں محسوس ہوتا ہے، جبکہ کلابی ولادت کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

اگر پینڈولس بیلی (لٹکا ہوا پیٹ) کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض)، یا شو کی تشوہ

مثلاً سخت کائی فوسس (kyphosis= تسنم) یا سکو لیوسس (scoliosis= التوا) کا نتیجہ ہو تو اس کی خاص اہمیت یہ ہے کہ یہ حمل کے زمانہ آغاز ہی میں اس امر کی طرف توجہ دلاتا ہے کہ کوئی سخت تشوہ موجود ہے، جو اتنا سخت ہے کہ شدید عدم تناسب پیدا کر سکتا ہے، اور علاج نہ کرنے کی صورت میں دشوار وضع حمل کا سبب ہو سکتا ہے۔

حاملہ رحم کی سیکولیشن (sacculation= تاچکی)

رحم کی سیکولیشن (تاچکی) اس طرح واقع ہوتی ہے کہ مقدمی یا عقبی رحمی دیوار غیر متناسب طور پر پھیل جاتی ہے، جس سے سروکس (عنق) سے ذرا اوپر مقدمی یا عقبی فارنکس (قبوہ) میں ایک ابھار پیدا ہو جاتا ہے۔ ان میں سے عقبی تاچکی اپنے آپ کو درست کرنے کی ایک متعجب انگیز 135



تصویر ۳۰۔ حامل رحم میعاد پر۔ یہ وینٹرل فکسیشن (ventral fixation = تثبیت بالبطن) کے بعد مقدمی سیکولیشن (تاچکی) بتاتا ہے۔
ایکسٹرنل آس (بیرونی فم رحم) پیچھے بہت بلندی پر اور سیکرل پرومانٹری (عجزی طنف) سے ذرا نیچے واقع ہے۔

قوت رکھتی ہے، خواہ یہ حمل کے چار مہینوں میں ہی دریافت ہو جائے، خواہ جیسا کہ گاہے گاہے ہوتا ہے یہ بہت عرصہ تک یعنی وضع حمل کے آغاز تک قائم رہے۔

پہلے چار مہینوں میں عقبی سکولیشن (تاچکی) پڑ بالعموم حامل رحم کی ریٹرو فلیکشن (پس خمیدگی) کا دھوکہ ہوتا ہے۔ وہ سکولیشن جو کہ میعاد تک قائم رہتی ہے، چونکہ آغاز وضع حمل پر محو ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے، لہٰذا شدید تدابیر مثلاً سیزیرین سیکشن (شگاف قیصری) پر عملدرآمد کرنے کی شاذ و نادر ہی ضرورت ہوتی ہے، الا اس صورت میں کہ ایک آزمائشی وضع حمل کے بعد بھی اُبھار قائم رہے اور مسدود وضع حمل ناگزیر معلوم ہو۔

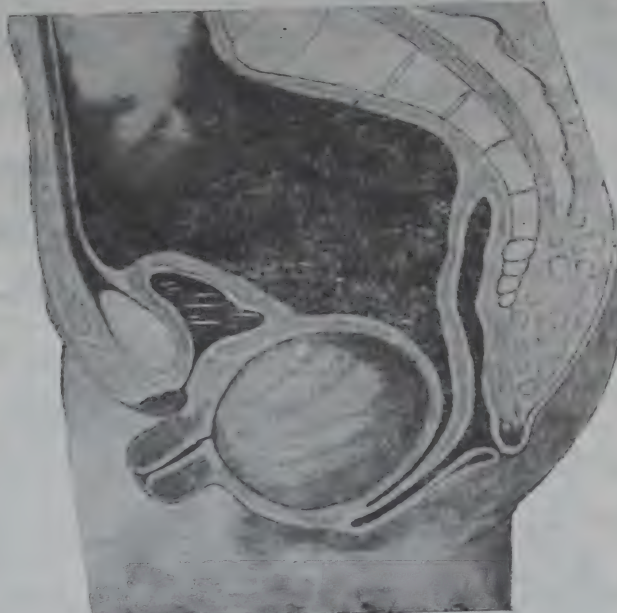
اس مضمون پر بحث کرتے وقت یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ بہت سے موقعوں پر وضع حمل میں اس لئے خطرناک رکاوٹ پیدا ہو گئی ہے کہ ایک ریٹرو ورٹڈ (پس گردیدہ) رحم سے پیدا شدہ علامات کو رفع کرنے کے لئے ونٹرل فکیشن (تثبیت بالبطن) عمل میں لائی گئی، اور اس رحم میں بعد میں حمل قرار پایا۔ انضمام کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رحم کی اگلی دیوار ثبت ہو جاتی ہے اور پھیل
136 نہیں سکتی، چنانچہ کلانی رحم بالکل عقبی دیوار کے صرف سے واقع ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سروکس (عنق) بتدریج اوپر کو کھنچکر شکم میں چلا جاتا ہے، اور رحم کی بیش بالیدہ اگلی دیوار جزوی طور پر پیلوک ان لیٹ (pelvic inlet = حوضی مدخل) کے وار پار واقع ہو جاتی ہے۔ جب وضع حمل شروع ہوتا ہے تو سروکس (عنق) نامکمل طور سے تسع ہوتا ہے، کیونکہ پریزنٹنگ (تطریقی) حصہ کا خاص دباؤ بیش پروردہ اگلی دیوار پر آکر پڑتا ہے۔ لہٰذا اگر مناسب تدابیر نہ کی جائیں تو انشقاق رحم واقع ہو سکتا ہے (تصویر ۳۰)۔

پرولیپس (سقوط الرّحم = prolapse)

یہ کوئی شاذ امر نہیں ہے کہ ایک جزوی طور پر پرولیپسڈ (ساقط شدہ) رحم میں حمل واقع ہو۔ ایسی صورتوں میں بالعموم حمل جوں جوں ترقی پاتا ہے، رحم حوض میں بتدریج بلند ہوتا جاتا ہے، حتیٰ کہ وہ ان لیٹ (مدخل) سے گزر جاتا ہے، اور پھر پرولیپس (سقوط) نہیں ہونے پاتا۔

پرولیپس (سقوط) کے خفیف مدارج کے علاج کی ضرورت صرف اس صورت میں ہوتی ہے کہ رحم ان لیٹ (مدخل) کے اوپر بلند نہ ہوا ہو، جبکہ ایک مناسب رنگ پیسری (ring pessary =

حلقہ نما فرزجہ) عموماً کافی ہوتی ہے۔ مکمل طور پر پرولیپسڈ (سقوط شدہ) رحم میں حمل ایک نہایت غیر معمولی مظہر ہے۔ یہ حمل تکمیل کو نہیں پہونچ سکتا۔ عموماً جب وضع حمل شروع ہوتا ہے تو سرورکس (عنق) بازکشیدہ ہوجاتا ہے، لیکن شاذ مواقع پر دیکھا گیا ہے کہ وہ ولوا (فرج) سے باہر نکلا ہوا اور



تصویر ۱۳۱ - حامل رحم کا پرولیپس (سقوط)
دیکھو سرورکس (عنق) ممتلی اور متورم ہے۔ رحم کا جسم غالباً اوپر شکم میں اُٹھ جائے گا، اور متورم سرورکس (عنق)، ولوا (فرج) سے باہر رہ جائیگا۔

نہایت نمایاں طور پر متورم ہوتا ہے، اور اس طرح خطرناک رکاوٹ پیدا کرتا ہے۔

سپسس (sepsis=عفونت) کا علاج یہ ہے کہ کسی غیر خراش آور دافع عفونت کے ذریعہ دفع عفونت کیا جائے، لیکن نہایت اہم امر یہ ہے کہ مریضہ کو وضع حمل سے کچھ روز پہلے، اس وقت جبکہ سرورکس (عنق) ویجائنا (مہبل) میں ہی ہو، بستر پر لٹا کر رکھا جائے تاکہ تھبجی ورم گھٹ جائے (تصویر ۱۳۱)۔ ان اصابتوں میں پیور پرل سپسس (puerperal sepsis = نفاسی عفونت) کے خطرہ کا زیادہ ہونا ایک مزید دلیل اس امر کی ہے کہ مریضہ کو لٹا کر رکھا جائے تاکہ منکشف حصے صاف کئے جانے کے بعد نئی تلوبث سے 1

سے متبرا رہیں۔

حامل رحم کا ہرنیا (hernia= فتق)

بالعموم ہرنئی (herniæ= فتقات) نہ تو حمل کی وجہ سے بدتر ہوتے ہیں، اور نہ حمل کے ممر کو متاثر کرتے ہیں۔

شاذ و نادر موقعوں پر رحم ایک ان گوئنل ہرنیا (inguinal hernia= اربی فتق) کے مشمولات کا ایک جزو بناتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ اس حالت میں استقرار حمل واقع ہوا ہے، بالخصوص جبکہ کسی بائی قارنوئیٹ (bicornuate= دو قرنی) رحم کا ایک قرن تاچہ میں چلا گیا ہے۔

نیز امبلائکل ہرنئی (umbilical herniæ= سُرّی فتقات) دوران حمل میں عام ہیں، مگر عموماً وہ بھی حمل سے غیر متاثر رہتے ہیں کیونکہ جب رحم اتنا بلند ہو جاتا ہے کہ تاچہ میں داخل ہو سکے تو عموماً وہ اتنا بڑا ہو گیا ہوتا ہے کہ داخل نہیں ہو سکتا۔ زیادہ عام یہ ہے کہ حامل رحم ایک ایسے تاچہ میں پایا جاتا ہے جو یا تو بڑھے ہوئے درون شکمی دباؤ سے کسی قدیم عملیتی ندبہ کے ٹوٹ جانے کا یا ریکٹائی (recti= مستقیم عضلات) کی نمایاں علیحدگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔

مناسب شکمی سہارے سے ان کیفیات کا عموماً بالکل قابل اطمینان طور پر علاج کیا جا سکتا ہے۔

بائی قارنوئیٹ (bicornuate= دو قرنی) رحم

ایک دُہرے رحم والی عورت میں، مشوہ رحم کی ایک یا دوسری شاخ میں حمل قرار پا سکتا ہے۔

جب رحم کے ایک قرن میں حمل واقع ہوتا ہے، تو دوسرے قرن میں کلانی، نرمی اور ڈسڈوا (غشاء ساقط) کی تکوین ہوتی ہے اور حمل عموماً طبعی ہوتا ہے۔ بالعموم وضع حمل طبعی ہوتا ہے، اور مداخلت کی کوئی ضرورت نہیں پڑتی۔ کبھی کبھی دوران وضع حمل میں انشقاق رحم واقع ہوتا ہے۔ ایسا شاذ و نادر ہوا ہے کہ رحم کے غیر حامل نصف حصہ کے ذریعہ بچہ کی ولادت میں

کوئی رکاوٹ پیدا ہوئی ہو۔

تشخیص

اگر وجائنا (مہبل) یا سروکس (عنق) دوہرا نہ ہو تو اس تشوہ کے نظر انداز ہو جانے کا احتمال ہے۔ رحم کے غیر حامل نصف پر فائبرائڈ (سلعہ لیفیہ) کا مغالطہ ہو سکتا ہے' اور جب فائبرائڈ (سلعہ لیفیہ) کے ساتھ مریضہ میں عفونت بھی رہ چکی ہے تو اس حالت کو وضع حمل کے بعد عفونی فائبرائڈ (لیفیہ) تشخیص کیا گیا ہے اور ہسٹریکٹومی (رحم برآری) عمل میں لائی گئی ہے۔

138

باب چہاردہم

ایبارشن (abortion= استقاط حمل)

دوران حمل میں ممکن ہے کہ اووم (بیضہ) کسی وقت بھی خارج ہو جائے۔ کم از کم مدت جبکہ بچہ قابل حیات تصور کیا جاتا ہے اٹھائیس ہفتہ مقرر ہے۔ ۲۸ ہفتوں سے قبل بچہ کا اخراج ایبارشن (استقاط) یا مس کیرج (miscarriage= املاص) کہلاتا ہے اور اس مدت کے بعد اخراج کو پری میچور (premature= پیش از میعاد) وضع حمل کہتے ہیں۔

یہ معلوم ہو گا کہ ایک دیر گیر ایبارشن (استقاط) میں اور ایک عاجل پیش از میعاد وضع حمل میں کوئی صریح امتیازی فرق نہیں ہے اور مذکورہ بالا تقسیم محض سہولت کے مدنظر کی جاتی ہے۔ اسی طرح یہ بھی دیکھا جائے گا کہ ایبارشن (استقاط) کی بہت سی اصابتیں بتدریج اس قسم کی اصابتوں کی مماثلت اختیار کر لیتی ہیں جو انٹی پارٹم ہیمرج (antepartum haemorrhage= قبل الولادتی نزف) کے عنوان کے تحت زیر بحث آئی ہیں۔ دونوں اقسام میں وضع حمل سے قبل جریان خون ہونا ایک ممتاز علامت ہے، دونوں میں اسباب اکثر مماثل ہوتے ہیں اور اصول جراحت جو دونوں کے علاج میں رہنمائی کرتے ہیں، بعینہ ایک ہوتے ہیں۔

تواتر۔ سر دست ایبارشن (استقاط) کے تواتر کا کوئی صحیح عدد بتانا کئی وجوہ کی بنا پر ناممکن ہے۔ اول تو صرف ایک قلیل تعداد کسی ہسپتال وغیرہ میں مشورہ کے لئے آتی ہے اور ایسی جگہ کے اعداد و شمار کوئی صحیح معلومات بہم نہیں پہنچاتے۔ پھر بہت سی ابتدائی اصابتیں ٹھیک طور پر مشخص نہیں ہوتیں، بلکہ مریضہ کو تاخیر حیض آنے یا فلڈنگ =flooding

کثرت نزف) کا گمان ہوتا ہے۔ مزید براں بسا اوقات مریضہ اس امر کو پوشیدہ رکھتی ہے کہ اسے ایبارشن (اسقاط) ہوا ہے۔

تاہم جو کچھ ثبوت و شہادت ہمارے پاس موجود ہے، اس کی بنا پر یہ حساب لگایا گیا ہے کہ ہر پانچ حمول میں ایک حمل قبل از میعاد ختم ہو جاتا ہے، اور یہ عدد غالباً زیادہ مبالغہ آمیز نہیں ہے۔

ایبارشن (اسقاط) حمل کے کس زمانہ میں ہوتا ہے۔ ایبارشن (اسقاط) ہونے کا سب سے عام وقت، پہلے تین مہینوں کے اندر ہوتا ہے، یعنی اس وقت جب کہ پلیسنٹا (مشیمہ) ابھی تفرق پذیر نہیں ہوتا۔ بلاشبہ بہت سے ابتدائی ایبارشن (اسقاط) پہچانے نہیں جاتے، خاص کروہ ایبارشنز (اسقاط) جو کسی متوقع ''ایام'' سے اتنے قریب واقع ہوں کہ عورت ان کو ''ایام'' ہی گمان کرے۔ جب رحم ایک مرتبہ اونچا ہو کر شکم میں چلا جاتا ہے، تو پھر ایبارشن (اسقاط) کا خطرہ معتد بہ طور پر گھٹ جاتا ہے۔

ایبارشن (اسقاط) کے اسباب 139

بہت سی اصابتوں میں کوئی قطعی سبب نہیں دریافت ہو سکتا، اور اگر کوئی سبب بتایا بھی جا سکے، تو بسا اوقات اس کا طریقۂ فعل مبہم ہوتا ہے، لہذا اسباب ایبارشن (اسقاط) کی کوئی جماعت بندی، ہمارے علم کی موجودہ حالت میں، کسی حد تک ناقابل اطمینان اور خود ساختہ ہوگی۔

۱۔ زائی گاٹ (zygote = جفتہ) کی غیر طبعی حالتیں
ہائڈیٹڈیفارم مول (کیسہ نما وحمہ)۔
ہائڈرامینیاس (کثرت رہل)۔
پلیسنٹل (مشیمی) انحطاط اور انفارکشن (انعجام)۔
جرم سیلز (germ-cells = نبتی خلیات) کی ناقص حیویت۔
مہلک گیمٹک (gametic = زواجی) امتزاجات۔

۲۔ مادری

(ا) مقامی ماحول کی حالتیں ۔

غیر طبعی ڈسڈول (ساقطی) نمو ۔

ریٹرو پلیسنٹل (پس مشیمی) نزف ۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کی علٰحدگی ۔

رحمی ڈس پلیس منٹز (displacements = غیر وضعیتیں) ۔

رحمی فائبرائڈز (fibroids = لیفیات) ۔

سروکس (عنق) کی عمیق وریدگی ۔

(ب) عمومی حالتیں

سمی حالتیں مثلاً آتشک، پلمبزم (plumbism) = رصاصیت،

مزمن التہاب گردہ اور حاد حمیٰ حالتیں ۔

تحولی فسادات، مثلاً ضروری غذائی عوامل کا فقدان، اور

درون افرازی فسادات ۔

۳ ۔ ضربی

اجسام غریبہ کا ادخال

اغشیہ کا انشقاق، یا عملی تاجہ کو کسی اور طرح سے نقصان پہنچنا ۔

جذباتی اختلالات ۔

عملیات کے دوران میں پیلوک (حوضی) اعضا کو ہاتھ لگانا ۔

پیوبرٹی (puberty = زمانہ بلوغ) سے لیکر مینوپاز (سن یاس) تک مہینے میں ایکبر تبہ اینڈو

مٹریم (درون رحمہ) میں بعض دوری تغیرات ہوتے ہیں ۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ کارپس لوٹیم

(جسم اصفر) کا ہارمون، پری منسٹروئل اینڈو میٹریم (premenstrual endometrium =

قبل الحیضی درون رحمہ) کی تعمیر کا موجب ہوتا ہے ۔ اگر حمل واقع نہ ہو تو شائد انیٹریر پشوٹری

(غدہ مقدمی نخاعی) سے آمدہ تہیج کی موقوفی کی وجہ سے کارپس لوٹیم (جسم اصفر) مذبول ہو جاتا ہے،

اور مذکورہ بالا عمل بند ہو جاتا ہے، اور حیض واقع ہوتا ہے ۔ لیکن اگر اووم (بیضہ) بارور

ہو جائے تو کارپس لوٹیم (جسم اصفر) باقی رہتا ہے، اور اینڈو میٹریم (درون رحمہ) نمو پاتا رہتا 140

ہے، یہاں تک کہ یہ صادق ڈسڈوا (غشاء ساقط) بن جاتا ہے ۔

ابتدائی اوومم (بیضہ) کے طبعی نمو کے لئے یہ ضروری ہے کہ ایک طبعی ڈسڈو
(غشاء ساقط) موجود ہو۔ لہذا ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں جن میں ایبارشن (اسقاط) ہو
ہے مذکورہ عوامل سے کوئی ایک عامل مفقود ہو۔

غیر طبعی ڈسڈوا (غشاء ساقط) ہونے سے ابتدائی اوومم (بیضہ) کا تغذیہ ناقص
رہ جاتا ہے اور ایک غیر طبعی جنین معرض وجود میں آتا ہے۔ ایبارٹڈ (aborted=مسقوط
اووا (بیضوں) کے خوردبینی امتحان سے ثابت ہوتا ہے کہ ۵۰ فی صدی سے زیادہ اووا
(بیضے) مرض زدہ ہوتے ہیں۔

غیر طبعی ڈسڈوال (ساقطی) نمو۔ اگر یہ مان لیا جائے کہ ڈسڈوا (غشائے
ساقط) کے نمو پر کسی ہارمونی تہیج کا اقتدار ہے تو پھر سوال یہ ہے کہ یہ تہیج کن حالات میں
مفقود ہوتا ہے۔

۱۔ جب کوئی ہارمون موجود نہ ہو۔

۲۔ جب اووری (بیض) کا ہارمون زا حصہ مرض زدہ ہو۔

۳۔ جب اعصاب کے ذریعہ ہارمون کی پیدائش پر اثر پڑے۔

۴۔ جب اینڈومٹریم (درون رحمہ) کی حالت ایسی ہو کہ ہارمون اس کو ٹھیک طور پر ہیجان میں نہ لاسکے۔

۱۔ اگر غیر حاملہ عورت میں کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کو تباہ کر دیا جائے یا دور کر دیا جائے
تو حیض جاری ہو جاتا ہے۔ اسی طرح اگر حمل کے ابتدائی ہفتوں میں کارپس لوٹیم (جسم اصفر)
کو برباد کر دیا جائے تو ایبارشن (اسقاط) واقع ہو سکتا ہے۔ یہ ایبارشن (اسقاط) بعض تجرباتی
حیوانات میں تو ہمیشہ واقع ہوتا ہے لیکن نوع انسان میں ہمیشہ نہیں ہوتا۔ یہ اچھی طرح
سمجھ میں نہیں آیا کہ یہ فرق کیوں ہے۔

انیٹریر پشوٹری (مقدمی نخامی غدہ) کے سلعہ کی اصابتوں میں گاہے اووری (بیض)
کو ہیجان میں لانے والا ہارمون پرولان (prolan) کم ہوتا ہے۔ اگرچہ اس سے حیض کا
فقدان اور عقم واقع ہوتا ہے لیکن ایبارشن (اسقاط) شاذ و نادر ہی ہوتا ہے۔

۲۔ ان عورتوں میں جو رحم کے فائبرائڈ (یعنی) سلعات یا رحم کی ریٹروورشن (پس گردیدگی)
کا موضوع ہوتی ہیں کارپس لوٹیم (جسم اصفر) میں نزف پایا جاتا ہے اور ان حالتوں میں بسا اوقات

ایبارشن (اسقاط) واقع ہوجاتا ہے۔ کوریان ایپی تھیلیوما (chorion-epithelioma= سلعہ سلوی سرطمی) اور ویسیکولر مول (vesicular mole = کیسکی وحمہ) کی اصابتوں میں بھی کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کے دوریات پائے جاتے ہیں۔

۴۔ کبھی کبھی ذہنی یا جسمانی صدمہ کے چند دن بعد ایبارشن (اسقاط) واقع ہوجاتا ہے۔ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ اووری (بیض) کی سمپےتھیٹک (مشارکی) عصبی رسد متاثر ہوجاتی ہے کیونکہ ڈسڈ وا (غشاء ساقط) کی عصبی رسد بالکل نہیں ہوتی۔

زائی گوٹ (zygote = جفتہ) کی طبعی تنصیب اور نمو کے لئے یہ ضروری ہے کہ اینڈومٹریم (درون رحمہ) کی طبعی حالت، اور اس میں ہارمونی ہیجان کی استجابت کرنے کی طبعی قوت ہو۔ بیش پرورشی مزمن اینڈومٹرائٹس (التہاب درون رحمہ) میں چونکہ اینڈومٹریم (درون رحمہ) کی حالت غیر طبعی ہوتی ہے، لہذا اس میں، تہیج کی استجابت کرنے کی قوت بھی ناقص ہوتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد بظاہر اسی حالت کا نتیجہ ہوتی ہے۔

141 غیر طبعی حیاتی کیمیائی ماحول۔ انسان کے سوا بعض دیگر عضویات میں، ایسے اثرات کے ذریعہ جو خارجی طور پر پیدا ہوتے ہیں، ہر قسم کا جنین یا مسخوط حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اس کا ثبوت مندرجۂ ذیل تجربات سے ملتا ہے:۔ اگر مینڈکوں کے سپان (spawn = انڈوں) میں سوڈیم کلورائیڈ (sodium chloride) کا محلول ملایا جائے، تو بچوں میں سپائنا بائی فڈا (spina-bifida= شوکہ مشقوقہ) ہمیشہ پیدا کیا جاسکتا ہے۔ اگر بعض مچھلیوں کے سپان (انڈوں) میں میگنیشیم (magnesium) کا محلول ملایا جائے، تو ۵۰ فی صدی میں سائیکلوپیا (cyclopia) پیدا کیا جاسکتا ہے۔ اگر سی ارچنز (sea urchins= قنفذ البحر) کے انڈوں میں لدیا (lithia) کا محلول ملایا جائے، تو گرہ دار ذ بولی جنین پیدا کئے جاسکتے ہیں (اسی طرح کے جس طرح کے ایبارٹڈ (سقوط) انسانی اووا (بیضوں) میں پائے جاتے ہیں)

ضروری غذائی عوامل کا فقدان۔ تجربات سے ثابت ہوا ہے کہ بعض غذائی عوامل، عقم پر اور اولاد کی تعداد اور وزن پہ اثر رکھتے ہیں۔ چنانچہ ان سورنیوں نے جن کو آیوڈین (iodine) دی گئی تھی، دوسری سورنیوں کے مقابلہ میں جن کو آیوڈین نہیں دی گئی تھی، ۵۰ فی صدی زیادہ بچے دیئے۔ ہر اس سورنی کے بچہ کا وزن، جس کو آیوڈین دی گئی، بہ نسبت اس سورنی کے بچہ کے وزن کے جسکو آیوڈین نہیں دی گئی، ۵۰ فی صدی زیادہ تھا۔

چوہوں پر تجربات کرنے سے انٹی سٹرلٹی وٹامین (anti-sterility vitamin= ضد عقم حیاتین) فیٹ سالوبل ای (fat-soluble E= شحم حل پذیر س) دریافت ہوئی۔ اگر وٹامین ای (حیاتین س) موجود نہ ہو تو اووم (بیضہ) کی تنصیب اور فرٹلائزیشن (اخصاب) تو واقع ہو جاتی ہے، لیکن جنین آٹھویں ہفتہ حمل میں ہی مرنا شروع ہو جاتے ہیں، وہ غیر نمو یافتہ رہتے ہیں، اور بعد میں جذب ہو جاتے ہیں۔ اگر غذا سے وٹامین (حیاتین) نکال لی جائے تو جب عمومی جسمی ضروریات اور نیز جنین و حمول کی وجہ سے عامل مذکورہ کا ابتدائی قابل دستیاب ذخیرہ ختم ہو جاتا ہے۔ تو ان حیوانات میں ایبارشن (اسقاط) ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر ان حیوانات کو لیٹیوس (lettuce)، مٹر، اور ان چھنے آٹے کی روٹی دے کر ان کی غذا میں وٹامین ای (حیاتین س) زیادہ کی جائے، تو ان کو سٹرلٹی ڈزیز (sterility disease= عقمی مرض) سے شفا دی جا سکتی ہے۔

رحمی غدد کے افراز میں طبعی طور پر کثرت سے آیوڈین اور کیلشیم پایا جاتا ہے۔ حیض اور حمل دونوں حالتوں میں سٹریٹم سپنجیوسم (stratum spongiosum= طبقہ اسفنجی) کے غدد میں افراز کا نمایاں احتباس واقع ہوتا ہے۔ جب اووم (بیضہ) اندر سُرنگ کرتا ہے تو اووم (بیضہ) کا ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) ان غدد کو کھول دیتا ہے، اور مادری خون کے ساتھ کہ جس سے اووم (بیضہ) اپنی خوراک حاصل کرتا ہے، ان غدود کا افراز بھی آمیز ہو جاتا ہے۔

نبتی خلیات کا نقص حیویت۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ بعض کامل طور پر صحتمند مادہ فیرٹز (ferrets= نیولوں) کے نبتی خلیات، ایک کامل طور پر صحتمند نر فیرٹ (ferret= نیولے) کے نبتی خلیات کے ساتھ یکجا نہیں ہو سکتے۔ اس طرح یکجا کرنے کا نتیجہ مطلق عقم ہوتا ہے۔ فیرٹ (نیولے) میں بالعموم عدید حمل ہوتا ہے، اور رحم اور اووریز (مبیضوں) کی تراشوں کے ذریعہ یہ بتایا جا سکتا ہے کہ کونسا کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کون سے حمل کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ دیکھا گیا ہے کہ ایک ہی صحت مند حیوان میں بعض زائی گاٹ (جفتے) تو طبعی طور پر نمویاب ہوتے ہیں، اور بعض مر جا کر جذب ہو جاتے ہیں۔ چونکہ مقامی ضرر کوئی نہیں ہوتا، لہٰذا ان اموات کو اووم (بیضہ) اور سپرم (تخم) کے باہمی تناقض کی طرف یا نبتی خلیات کے ذاتی نقص کی طرف منسوب کیا گیا ہے۔ لیکن جیسا کہ اگلی شق میں

بیان کیا گیا ہے، اول الذکر توجیہہ زیادہ قرین قیاس ہے۔

142 **مہلک گیمیٹک (زواجی) امتزاجات** ۔ عرصہ سے معلوم ہے کہ بعض گیمیٹک (زواجی) امتزاجات، نابارور ثابت ہوتے ہیں، اور یا تو نمو ہی نہیں پاتے یا ابتدائی عمر میں ہی مرجاتے ہیں۔ اس وقوع کو باہمی تناقص کی طرف منسوب کیا گیا ہے۔ آرتھر رابن سن (Arthur Robinson) نے گھوڑوں کی نسل افزائی کے اندراجات میں یہ پایا کہ کلائڈزڈیل (clydesdale) گھوڑوں کی ۴۰ فی صدی جفتیاں اور تھارو بریڈ (thoroughbred = خالص نسل) کے گھوڑوں کی ۵۰ فی صدی جفتیاں عقیم ثابت ہوئیں۔ فیرٹز (نیولوں) میں تولید نسل کی تحقیقات کرنے پر اس نے وہ کیفیت پائی جو اوپر مذکور ہوچکی ہے۔

اووم (بیضہ) یا سپرم (تخم) میں ذاتی نقص ہونے کا کوئی ثبوت نہیں ہے، البتہ اس امر کی واضح شہادت ہے کہ بعض گیمیٹز (زواجوں) کے امتزاج کے بعد جو زائی گاٹ (zygote) معرض وجود میں آتا ہے، ہلاک ہوجاتا ہے۔ اس کی بہترین مثال فینسی مائس (fancy-mice = خوشنما چوہیوں) کی نسل افزائی سے حاصل ہوتی ہے، جن میں یہ پایا گیا کہ خالص [یعنی ہوموزائگس (homozygous = ہم نسب)] زرد مضغوں میں سے کوئی بھی زندہ نہیں بچا۔ دو زرد چوہیوں کی جفتی سے کبھی جنینوں کی پوری تعداد حاصل نہیں ہوئی، نہ اتنے جنین کبھی پیدا ہوئے کہ جتنے ایک زرد اور ایک نازرد چوہی کی جفتی سے پیدا ہوتے ہیں۔ نیز یہ زرد چوہیاں جو پیدا ہوئیں سب کی سب غیر خالص زرد [یعنی ہیٹروزائگس (heterozygous = دگر نسب)] تھیں، چنانچہ ان کی باہم نسل افزائی کرنے پر مینڈل (Mendel) کے قوانین کے مطابق نازرد چوہیوں کی مقررہ تعداد پیدا ہوگئی۔ اس قسم کا تناقص نوع انسان میں بھی پایا جاتا ہے، بہت سی عورتیں کئی سال تک بانجھ رہنے کے بعد آخر کار حاملہ ہوجاتی ہیں، پھر بھی ان کا حمل ساقط ہوجاتا ہے۔ لیکن ان مثالوں میں اس مفروضہ کا صرف اسی صورت میں لحاظ کیا جاسکتا ہے جبکہ یہ ثابت ہوجائے کہ دونوں فرد کسی دوسرے رفیق یا رفیقہ کے ساتھ بارور ہیں۔

مہلک زہروں کی موجودگی ۔ یہ معلوم ہے کہ اگر کوئی حاملہ عورت سیسہ جذب کرلے تو اس سے اووم (بیضہ) متاثر ہوکر ایبارشن (اسقاط) واقع ہوجاتا ہے۔

غالباً بعض امراض مثلاً حاد نوعی تپوں سے پیدا شدہ زہر بھی اسی طرح فعل کر سکتے ہیں۔

بار بار ایبارشن (اسقاط) ہوتا۔ جب کسی فرد میں کوئی حمل ایبارشن (اسقاط) پر ختم ہو جاتا ہے تو اس سے بہت ہی تھوڑی مدت کے بعد طبعی حمل بھر ہو جانے کی امید ہے، لہٰذا اغلب ہے کہ اکثر ایبارشنز (اسقاطات) اووم (بیضہ) کے نمو میں کسی حادثہ کا نتیجہ ہوتے ہیں، نہ کہ ماں کے کسی عمومی یا مقامی نقص کا۔ تاہم بعض عورتیں ایسی ہوتی ہیں جن کو بار بار ایبارشن (اسقاط) ہو جاتا ہے، ان میں یہ ممکن ہے کہ کوئی سبب دریافت ہو جائے، لیکن بعض اوقات دریافت نہیں ہوتا [دیکھو امراض النساء مولفہ ٹین ٹیچرز (Ten Teachers) باب پانزدہم عقم]۔

سریری اقسام

مضمون ایبارشن (اسقاط) کے سلسلہ میں بعض اصطلاحات کے استعمال کا دستور ہے جو ایبارشن (اسقاط) کے سریری اقسام ظاہر کرتے ہیں یا ایبارشن (اسقاط) کے عمل کے مختلف مراحل ظاہر کرتے ہیں۔

تھریٹنڈ ایبارشن (threatened abortion = اسقاط مخطور)۔ اگر ایبارشن (اسقاط) کا عمل شروع ہو جائے، لیکن اس نوبت تک جبکہ طبعی حالت پر پلٹنا ناممکن ہوتا ہے، نہ پہنچے اور اس کی ترقی رک جائے، تو ایسی صورت کو تھریٹنڈ ایبارشن (اسقاط مخطور) 14
بیان کیا جاتا ہے۔ یہ سریری کیفیت صریحی طور پر ایبارشن (اسقاط) کا ابتدائی مرحلہ ہے، لہٰذا اس میں نزف، اور شاید زیرین شکم میں کچھ درد بھی پایا جاتا ہے۔ اس سے آگے کے مرحلہ کا یہ خاصہ ہے کہ انٹرنل آس (داخلی فم رحم) کا اتساع ہو جاتا ہے۔ اس سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ صاحب اولاد عورتوں میں سابقہ سروائیکل (عنقی) وریدگی کے سبب سے اکسٹرنل آس (خارجی فم رحم) اکثر مستقل طور پر متسع ہوتا ہے، اس لئے ان صورتوں میں اکسٹرنل آس (فم رحم) کی حالت کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتی۔

علاج کے نقطۂ نظر سے اس امر کا دریافت کرنا کہ آیا حمل کے پورے دن تک پہنچنے کا امکان ہے کہ نہیں، نہایت اہم ہے، مگر کوئی قطعی حد تفریق قائم کرنا ہمیشہ آسان

نہیں ہوتا۔ نہایت تیز نزف کے متواتر حملوں کے بعد بھی یہ ضرور نہیں کہ ایبارشن (اسقاط) ہو جائے، اور ایسی اصابتوں سے دوچار ہونا بہت عام امر ہے کہ جن میں خفیف نزف کچھ مدت تک جاری رہا ہے اور اس کے باوجود انقضائے مدت پر تندرست بچہ پیدا ہو گیا ہے تاہم ان اصابتوں کو ہمیشہ شدید تصور کرنا چاہیئے، کیونکہ کسی وقت بھی مفرط (حتیٰ کہ خطرناک) نزف واقع ہو سکتا ہے اور حمل کی حالت کا لحاظ کئے بغیر مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے۔

انٹرنل آس (داخلی فم رحم) کے اتساع کو بشرطیکہ وہ کسی حد تک نمایاں ہو، اس امر کی دلیل تصور کرنا چاہیئے کہ عمل ایبارشن (اسقاط) کا رُکنا بہت اغلب نہیں ہے، اگرچہ بہت سے موقعوں پر سریری طور سے مشاہدہ کیا گیا ہے کہ یہ فرو ہو جاتا ہے، اور حمل بلا کسی رکاوٹ کے قائم رہتا ہے۔

اغشیہ کا شق ہونا، اور لائکر ایمینائی (رہل) یا اووری (بیض) کے کسی حصہ کا خارج ہونا، یا دیوار رحم سے اووم (بیضہ) کا مکمل طور پر جدا ہونا ظاہر کرتا ہے کہ معاملہ حد سے بڑھ گیا ہے، اور ایبارشن (اسقاط) کو ان اویٹیبل (ناگزیر) سمجھا جاتا ہے۔ اس لحاظ سے ان سب اصابتوں کو جن میں اووم (بیضہ) کا زیرین قطب، متسع شدہ انٹرنل آس (داخلی فم رحم) میں نکلا ہوا محسوس ہو سکے، تھریٹنڈ (مخطور) متصور ہونا چاہئیں۔

۲۔ ان اویٹیبل ایبارشن (ناگزیر اسقاط)۔ جب عمل ایبارشن (اسقاط) کو نہ روکا جا سکے، تو اُسے ان اویٹیبل ایبارشن (اسقاط ناگزیر) کہتے ہیں۔ جیسا کہ اوپر بیان کیا جا چکا ہے، اس کی سریری شہادت اس امر سے بہم پہنچتی ہے کہ اووم (بیضہ) جدا ہو جاتا ہے اور سروکس (عنق) میں متسع شدہ انٹرنل آس (فم رحم) کی راہ سے محسوس ہو سکتا ہے، یا اس امر سے حاصل ہوتی ہے کہ مشمولات رحم کا کچھ حصہ خارج ہوتا ہے۔

۳۔ کمپلیٹ ایبارشن (اسقاط مکمل)۔ کمپلیٹ ایبارشن (مکمل اسقاط) وہ ہے جس میں استقرار حمل کے جملہ حاصلات خارج ہو گئے ہوں۔

۴۔ ان کمپلیٹ ایبارشن (اسقاط ناکمل) عموماً وہ ہوتا ہے جس میں جنین خارج ہو گیا ہو لیکن اغشیہ یا پلیسنٹا (مشیمہ) جزواً یا کلاً ابھی یوٹرائن کیویٹی (کہفہ رحم) میں رکے ہوئے ہوں۔

۵۔ مسڈ ایبارشن (missed abortion = غیر خارج اسقاط)۔ مضغہ فوت ہو جاتا ہے، امارات ایبارشن (اسقاط) ظاہر ہوتے ہیں اور پھر غائب ہو جاتے ہیں، یا

144

تاہم اووم (بیضہ) رحم سے خارج نہیں ہوتا، بلکہ کچھ دنوں تک رکا رہتا ہے، اس حالت کو مسڈ ایبارشن (غیر خارج اسقاط) کہتے ہیں۔

ایسے اصطلاحات جیسے سپانٹینیس ایبارشن (spontaneous abortion = خود بخود اسقاط ہوجانا) کریمینل ایبارشن (criminal abortion = مجرمانہ اسقاط) اور ان ڈیوسڈ ایبارشن (induced abortion = امالہ کردہ اسقاط) اپنی تشریح آپ کرتی ہیں۔

تشریح مرضی

حمل کے ابتدائی دو ماہ میں اووم (بیضہ) کی غشاء ساقط سے چسپیدگی اس قدر نازک ہوتی ہے کہ کسی سبب سے بھی انقباضات رحمی پیدا ہو کر اووم (بیضہ) کی جدائی ہوسکتی ہے۔ یا ابتدائی مہینوں میں ایبارشن (اسقاط) کا فوری سبب یہ معلوم ہوتا ہے کہ ڈسڈوا (غشاء ساقط) یا کوریوڈسڈول سپیس (choriodecidual space = سلوی ساقطی فضا) میں نزف ہوجاتا ہے۔ ہم نہیں جانتے کہ اس نزف کا صحیح سبب کیا ہے، لیکن اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ متاثرہ بافتوں، اور بالخصوص ڈسڈوا بیزیلیس (قاعدی غشاء ساقط) میں ایک انحطاط پیدا ہوجاتا ہے جس سے اووم (بیضہ) ڈھیلا ہوجاتا ہے، اور ایک جسم غریبہ کا سا عمل کر کے خارج ہوجاتا ہے۔

ساختیں جو خارج ہوتی ہیں، ان کے معائنہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ اکثر صورتوں میں ڈسڈوا بیزیلس (غشاء ساقط قاعدی)، رحم میں رہتا ہے، اور اووم (بیضہ) پورے یا کچھ ڈسڈوا کیپسولیرس (غشاء ساقط کبسوی) کے ہمراہ خارج ہوجاتا ہے۔ کبھی کبھی کل اووم (بیضہ) اور پورا ڈسڈول (ساقطی) استر خارج ہوجاتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ ڈسڈوا کیپسولیرس (کبسوی غشاء ساقط) پھٹ جائے، اور رحم سے خارج شدہ مادہ میں اووم (بیضہ) نظر آئے جو کہ کوریانک ولائی (سلوی خملات) سے محصور ہو (تصویر ۳۲)۔ اسی طرح ممکن ہے کہ کوریان (سلی) شق ہوجائے، اور جنین اپنے ایمنیان (انفس) اور لائکرا ایمنیائی (رہل) میں ملفوف ہو کر خارج ہو۔ یہ بھی ممکن ہے کہ ایمنیان (انفس) بھی پھٹ جائے اور جنین غیر ملفوف خارج ہو۔

چوتھے مہینے کے بعد اگرچہ اووم (بیضہ) کبھی کل کا کل بھی خارج ہوسکتا ہے،

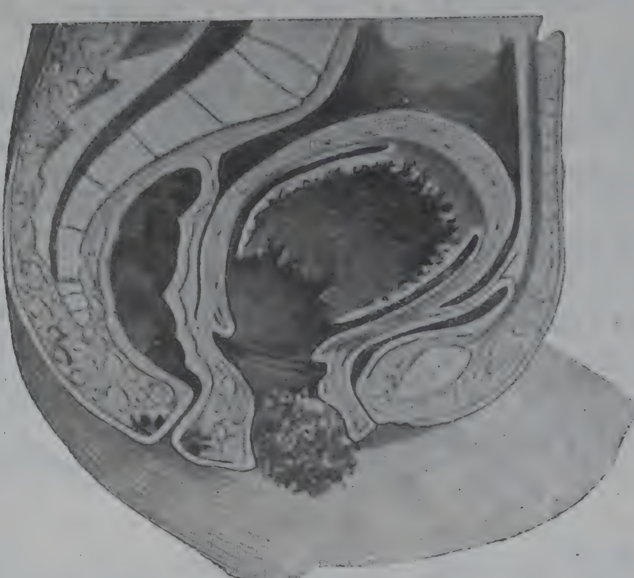
تاہم بالعموم ایسا ہوتا ہے کہ اغشیہ شق ہوتے ہیں، پھر جنین کی ولادت ہوتی ہے، اور اس کے بعد پلیسنٹا (مشیمہ) اور اغشیہ کی ولادت ہوتی ہے۔ اووم (بیضہ) کی شکل وصورت کیا ہوتی ہے، یہ امر بدیہی طور پر مدت حمل پر منحصر ہوتا ہے۔ بالعموم کوئی ایسا مرضی تغیر نہیں پایا جاتا جو شناخت ہوسکے۔ تیسرے ماہ کے آخر تک پلیسنٹا (مشیمہ) کوئی معین ساخت اختیار نہیں کرتا، لیکن اگر استقرار حمل کے حاصلات اس وقت سے قبل خارج ہوں، تو اووم (بیضہ) کا بغور معائنہ کرنے سے یہ ایک تازہ نمونہ میں کوریانک ولائی (سلوی خملات) میں محصور شناخت کیا جاسکتا ہے، بشرطیکہ بافتوں میں معتدبہ بربادی نہ ہوچکی ہو۔ یہ واضح ہے کہ مشمولات رحم میں پلیسنٹا (مشیمہ) موجود نہیں ہوتا، لیکن کہفہ رحم میں ڈسیڈوا (غشاء ساقط) کا استر موجود ہوگا۔ ممکن ہے کہ جنین خارج ہوگیا ہو، یہ ایک کہفہ میں ایک سپید جھلدار غشاء یعنی امینیان (انفس) سے محصور ہوتا ہے، اور امینیان خود ایک لختۂ خون کے تودہ میں ملفوف ہوتا ہے، یہاں اکثر جنین کو شناخت کرنا دشوار ہوتا ہے۔ جب پلیسنٹا (مشیمہ) ایک معین ساخت ہوتا ہے تو بالعموم جنین پہلے خارج ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ فوت ہوچکا ہو یا نہ ہوا ہو۔ اس کے بعد پلیسنٹا (مشیمہ) اور اغشیہ خارج ہوتے ہیں، لیکن کوئی غیر معمولی بات نہیں ہے کہ یہ چھوٹا سا پلیسنٹا (مشیمہ) محبوس ہوجائے۔ ممکن ہے کہ ایسا احتباس مسلسل نزف کا موجب
145 ہو۔ محبوس حاصلات میں سپٹک ان فیکشن (septic infection = عفونتی سرایت) پیدا ہوسکتی ہے۔

ایبارشن (اسقاط) درحقیقت ایک چھوٹے پیمانہ پر وضع حمل ہے، اور ایک مثالی اصابت میں ایک ایسا عمل جو پورے دن کے وضع حمل سے قریب تر مشابہت رکھتا ہے، ظہور پذیر ہوتا ہے۔ رحم میں لے دار انقباضات ہوتے ہیں، اور سروکس (عنق) متسع ہوتا ہے۔ جب انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) کافی پھیل جاتا ہے، تو رحمی انقباضات کے ذریعہ سے کل اووم (بیضہ) یا اس کا جزو خارج ہوجاتا ہے۔ اگر اووم (بیضہ) کلیتہً خارج ہو تو درد زائل ہوجاتا ہے، اور نزف کم ہوجاتا ہے، لیکن کئی روز تک خون آمیز افراز نکلتا رہتا ہے، جو بالآخر بند ہوجاتا ہے اور رحم کا انوولیوشن (انکماش) ہوجاتا ہے، اسی طرح جس طرح کہ وضع حمل کے بعد ہوتا ہے۔

علامات

اس عمل کے ہمراہ دو خاص علامات پائے جاتے ہیں، یعنی نزف اور درد۔

نزف۔ یہ تقریباً ہمیشہ پہلی علامت ہوتی ہے، جو اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ اووم (بیضہ) یا ڈسڈوا (غشاء ساقط) کا کوئی حصہ دیوار رحم سے الگ ہو جاتا ہے۔ نزف عموماً ابتدا میں خفیف ہوتا ہے، لیکن اس کے بعد اس کی مقدار میں کافی اختلاف پایا جاتا ہے، اور شدت کے جملہ مدارج، مہلک ضیاع خون تک ملتے ہیں۔



تصویر ۳۲۔ ڈسڈوا کیپسولیرس (غشاء ساقط کیسوی) کا شق ہونا، اور اووم (بیضہ) کا مع اپنے اردگرد کے کوریانک ولائی (سلوی خملات) کے، شق کی راہ سے نکل جانا۔ تقریباً پورا ڈسڈوا (غشاء ساقط) پیچھے رہ جاتا ہے۔

درد۔ یہ بالعموم وقفہ سے اٹھتا ہے اور رحمی انقباضات کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ پشت، اور زیرین شکم میں محسوس ہوتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ ممکن ہے کہ درد قطعاً نہ ہو، یا کم از کم اتنا شدید نہ ہو جتنا کہ وضع حمل میں محسوس ہوتا ہے۔

تشخیص

بسا اوقات ایکٹاپک (ectopic = بے محل) حمل پر ابتدائی ایبارشن (اسقاط حمل) کا مغالطہ ہوتا ہے۔ یہ ایک خطرناک غلطی ہے، اور یہ ضروری ہے کہ صحیح تفریق کی جائے، کیونکہ اول الذکر ایک ضروری التوجہ حالت ہے، اور ان میں خلط ملط کرنا خطرناک نتائج کا باعث ہو سکتا ہے۔ بالعموم دونوں صورتوں میں کچھ زمانہ تک ایمنوریا (احتباس الطمث) اور اس کے بعد رحم سے واقع شدہ نزف پایا جاتا ہے، جو بلحاظ وقت اور نوعیت دونوں حیثیت سے بے قاعدہ ہوتا ہے، مگر مثالی اصابتوں میں نوعیت نزف ہر دو صورتوں میں بالکل جداگانہ ہوتی ہے۔ ایبارشن (اسقاط) کے نزف میں خون بالعموم تیز سرخ رنگ کا ہوتا ہے، اور ساتھ ہی خون کے تھکے ہوتے ہیں، اور ایکٹاپک (بے محل) حمل کے مقابلہ میں خون زیادہ کثرت سے آتا ہے۔ موخرالذکر صورت میں نزف کی مقدار امکاناً خفیف ہوتی ہے، اور یہ امتیازی طور پر سیاہ " پرون جوس" (prune-juice = زرد آلو) رنگ کا ہوتا ہے، اور ڈسڈوا (غشاء ساقط) کے اخراج کے باعث ہوتا ہے۔ ایکٹاپک (بے محل) حمل میں وقوع نزف کے ساتھ ساتھ بالعموم درد شکم، اور مختلف درجہ کا صدمہ ہوتا ہے۔ درد کے حملے وقفہ سے بار بار ہوتے ہیں۔ ایبارشن (اسقاط) میں بالعموم درد اتنا زیادہ شدید نہیں ہوتا۔ اگر ہوتا ہے تو چھوٹے پیمانے کے دردزہ کی نوعیت رکھتا ہے، لیکن اکثر موجود نہیں ہوتا۔

ایکٹاپک (بے محل) حمل کا عام ترین نتیجہ ٹیوبل مول (tubal mole = انبوبی ادحمہ) اور پیلوک ہیمیٹوسیل (pelvic hæmatocele = حوضی قیلہ دمویہ) کی تکوین ہے۔ چنانچہ ڈگلس (Douglas) کے پوچ (pouch = جیب) میں رحم کے عقبی جانبی طرف ایک معین تودہ رونما ہوتا ہے، جس پر اکثر اوقات ریٹروورٹڈ (پس گردیدہ) حامل رحم کا دھوکا ہوتا ہے۔ لیکن سروکس (عنق) کی مقامیت اور سمت اور تودہ کی نوعیت سے وہ شہادت حاصل ہو جاتی ہے جو کہ ان صورتوں میں امتیاز کرنے کے لئے ضروری ہوتی ہے۔ اگر ایکٹاپک (بے محل) حمل میں انشقاق واقع ہو تو علامات کا آغاز بہت کچھ اسی کے مثل ہوتا ہے، جیسا کہ دیگر حادشکمی اصابتوں میں

مشاہدہ میں آتا ہے۔ شدید درد کے ساتھ بسا اوقات نمایاں صدمہ ہوتا ہے۔ پہلے پہل بیلوک (حوضی) تودہ نہیں شناخت کیا جاسکتا، لیکن ڈگلس کی پوچ (جیب) میں ایک پُری کی کیفیت محسوس کی جاسکتی ہے۔ اگر اندرونی نزف کی مقدار کافی زیادہ ہو تو شکم میں نقل پذیر قرعی اصمیت محسوس کی جاسکتی ہے، اور ضیاع خون کے عام امارات مثلاً زردئی چہرہ، سریع نبض دیکھے جاتے ہیں۔ مگر یہ یاد رہے کہ قطعی تشخیص کرنے کے لئے اندرونی نزف کے عام امارات کا انتظار کرنا نہایت غیر عاقلانہ فعل ہے، اِلّا اس صورت میں کہ ایسا کرنا ناگزیر ہو۔

دیگر صورتوں پر کہ جن میں بیقاعدہ نزف رحم پایا جاتا ہے مثلاً انٹرا یوٹرائن پالیپس (intra uterine polypus= درون رحمی سعدانہ) اور کارسی نوما آف سروکس (carcinoma of cervix= سرطان عنق) پر کبھی کبھی ایبارشن (اسقاط) کا شبہ ہوتا ہے۔ لیکن عام طور پر مفصل و محتاط روداد مرض، اور ویجائنا (مہبل) کا معائنہ تشخیص کو واضح کردے گا۔ یہ امر نہ فراموش کرنا چاہئے کہ زمانہ حمل میں ہی نزف کارسی نوما آف سروکس (سرطان عنق) کے سبب سے ہوسکتا ہے۔

عِلاَج

عام علاج۔ اسباب ایبارشن (اسقاط) پر غور و فکر کرتے وقت یہ بتایا گیا تھا کہ ان اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں کوئی معین سبب بیان نہیں کیا جاسکتا۔ لہٰذا حفظ ماتقدمی علاج عام اصولوں پر مبنی ہونا چاہئے۔ ان غیر توجیہہ شدہ اصابتوں کے سلسلہ میں یہ کہنا ضروری ہے کہ بلاشبہ رحم کی خراش پذیریٔ اور بیرونی تحریکات کے لئے رحم کی قوت استجابت، بظاہر تندرست افراد میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ اس لئے عقلمندی یہ ہے کہ ایسی عورتوں کو جن میں وقوع ایبارشن (اسقاط) کا میلان پایا جائے، کوئی ذمہ داری نہ اُٹھانا چاہئے، یعنی ان کے لئے دوران حمل میں مجامعت ممنوع کردینا چاہئے، اور ان کو زیادہ محنت یا بار سے گریز کرانا چاہئے، اور ان کو ایک ایسی غذا کا مشورہ دینا چاہئے جس میں کیلشیم اور وٹامین ای (حیاتین ہی) کی کثرت ہو۔ مریضہ کو سمجھانا چاہئے کہ اس تاریخ سے جبکہ حیض ہونے کی توقع ہو وہ تین دن پہلے اور تین دن بعد آرام کرے اور مسہل ادویات سے پرہیز کرے۔ بخلاف اس کے اگر کوئی سبب دریافت ہوسکے، تو قبل استقرار حمل اس کا علاج کرنا چاہئے۔ اینڈومٹرائٹس

(endometritis = التہاب درون رحمہ) کا علاج بذریعہ کیوراٹاج (curettage = جرف) ہونا چاہیئے، ریٹروورٹڈ (پس گردیدہ) رحم کو اپنی جگہ پر لاکر بذریعہ پیسری (pessary = فرزجہ) قائم رکھنا چاہیئے۔ آتشک کا اچھی طرح علاج کرنا چاہیئے، اور اس سلسلہ میں مناسب ہے کہ والدین (ماں باپ دونوں) کے علاج کی اہمیت پر مکرر زور دیا جائے۔

پہلے یہ امر طے کرنا چاہیئے کہ آیا ایبارشن (اسقاط) ان ایوی ٹیبل (ناگزیر) ہے یا صرف تھرٹینڈ (محظور) ہے۔ اس امتیاز کی کوشش کرتے وقت یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ شکمی اور ویجائنل (مہبلی) معائنہ سے رحم میں خراش ہونے کا امکان ہے، اس لئے ایسا معائنہ نہایت سہولت و احتیاط سے کرنا چاہیئے۔ اگر مریضہ آغاز نزف کے فوراً ہی بعد دیکھی جائے تو یہ امتیاز باسانی کیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ فیصلہ کیا جائے کہ کیفیت ایبارشن (اسقاط) اس درجہ سے جبکہ اس کی روک تھام کی جاسکتی ہے آگے نہیں بڑھی، تو تھرٹینڈ ایبارشن (اسقاط محظور) کے لئے جو علاج مناسب بیان ہو چکا ہے، اختیار کرنا چاہیئے۔ بخلاف اس کے اگر یہ واضح ہو کہ کوئی تدبیر حمل کو طبعی حالت پر نہیں لاسکتی، تو اس کا علاج ان ایوی ٹیبل ایبارشن (ناگزیر اسقاط) کی حیثیت سے کرنا چاہیئے۔

لیکن اگر طبیب کو بلاتے بلانے دیر ہو جائے، اور پہنچنے پر وہ ایک غیر معین روداد سے دوچار ہو کہ متعدد حملوں میں خون کے تھکے خارج ہوئے ہیں، اور اس کو یہ نہ معلوم ہو کہ پر ویجائنم (per vaginam = مہبل سے) کیا خارج ہوا ہے، تو اس کو چاہیئے کہ وہ اپنی رہنمائی تمام تر اس امر سے حاصل کرے کہ مریضہ کی عام حالت کیا ہے اور پیلوس (pelvis = حوض) کے معائنہ پر کیا معلومات حاصل ہوئی ہیں۔ اگر رحم کی جسامت مدت امینوریا (احتباس الطمث) سے مطابقت رکھتی ہو، اور ضیاع خون سے کوئی نمایاں علامات نہ پیدا ہوئے ہوں، تو مریضہ کا علاج بطور ایک تھرٹینڈ ایبارشن (محظور اسقاط) کے کیا جاسکتا ہے، اور اکثر اوقات ایسی اصابتیں باوجود کئی ایک وافر نزفات کے طبعی مدت حمل تک پہنچتی ہیں۔ بخلاف اس کے اگر آس (فم رحم) متسع ہو اور یہ واضح ہو کہ اووم (بیضہ) کا کچھ حصہ خارج ہو گیا ہے، یا اگر اس کا کچھ حصہ اب بھی سروکس (عنق) کے باہر نکلا ہوا محسوس ہوتا ہو، [یہ صورتیں بعض اوقات 148 "سروائکل ایبارشن" (cervical abortion = عنقی اسقاط) کہلاتی ہیں] تو رحم کو بلاتاخیر خالی کرنا چاہیئے۔

نیز اگر رحم ابھی تک نمایاں طور پر نرم، اور طبعی جسامت سے زیادہ بڑا ہو، اور اتنا بڑا ہو کہ مدت حمل سے مطابقت رکھتا ہو، اور اگر نزف آزادانہ جاری ہو، اور آس (فم رحم) بہت متسع نہ ہو تو یہ فرض کرنا خالی از خطر ہے کہ استقرار حمل کے کچھ حاصلات رحم میں باقی رہ گئے ہیں اور اُن کو فوراً نکالنا چاہیئے۔

جوں ہی کہ اس امر کے متعلق یقینی شہادت موجود ہو کہ جنین فوت ہو گیا ہے، رحم کو خالی کرنا چاہیئے، کیونکہ تاخیر سے مریضہ کے لئے نزف یا سپسس (sepsis = عفونت) کا خطرہ ہے۔

تھریٹنڈ ایبارشن (مخطور استقاط) کا علاج۔ اس میں اصول علاج یہ ہے کہ اس عمل کی روک تھام کی جائے۔ اس مقصد سے مریضہ کو بستر پر بآرام لٹانا چاہیئے اور سادی غذا دینا چاہیئے۔ بالعموم کسی مقامی مداخلت کی ضرورت نہیں ہوتی لیکن چوتھائی گرین مارفیا (morphia) زیر جلدی طور پر دینا چاہیئے، اور دو تین روز تک مریضہ کو کم و بیش افیون کے زیر اثر رکھنا چاہیئے۔ افیون کی بجائے برومائڈس (bromides) اور کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate) استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ قوی مسہلات، اور حقنوں سے پرہیز کرانا چاہیئے۔ اکثر اوقات اس علاج کے تحت یہ عمل رُک جائے گا، لیکن مریضہ کو کم از کم ایک ہفتہ تک لیٹا رہنا چاہیئے تاکہ یہ دوبارہ نہ واقع ہو۔

لیکن اگر باوجود اس علاج کے نزف جاری رہے، یا خطرناک صورت اختیار کرلے تو ممکن ہے کہ اصابت کا علاج بطور ان اوی ٹیبل ایبارشن (ناگزیر استقاط) کے کرنا پڑے۔

ان اوی ٹیبل ایبارشن (ناگزیر استقاط) کا علاج۔ اس کو مختصراً چھوٹے پیمانہ پر وضع حمل کا علاج کہا جاسکتا ہے۔ عموماً کسی اعانت کی ضرورت نہیں ہوتی، رحم اپنے مشمولات بلا اعانت خارج کر دیتا ہے، اور حسب معمول انوولیوشن (حکش) پاتا ہے۔ اگر کسی چیز کی ضرورت ہے تو وہ یہ ہے کہ ایک معقول ٹیکنک (طرز عمل) ہو، جو سرائیت کے شدید امکان کو اور خطرہ کے امکانی منابع کو ملحوظ رکھے۔ اس بات کا لحاظ رکھنا چاہیئے کہ جو کچھ شئے خارج ہو، وہ معائنہ کے لئے محفوظ رکھی جائے۔ ارگٹ (ergot) کی پوری خوراک دیجاسکتی ہے، اور اکثر اوقات مفید ہوگی۔

مداخلت کے لئے تین داعیات ہیں: کثیر نزف، رحم کا بلا اعانت اپنے مشمولات کو خارج نہ کرسکنا، یا مشمولاتِ رحم میں ان فیکشن (سرایت) پیدا ہونا۔

اگر نزف کی مقدار کافی ہو تو رحم کو خالی کرنا چاہیئے، یہ امر کہ اس کے لئے کونسا طریقہ اختیار کرنا چاہیئے، نزف کی شدت، اور سروکس (عنق) کے درجۂ اتساع پر منحصر ہے بعض صورتوں میں ویجائنا (مہبل) میں گرم نطول پہنچانے سے ایسی بازکشیدگی اور انقباض رحم پیدا ہوتا ہے کہ مزید نزف ہوئے بغیر اووم (بیضہ) خارج ہو جاتا ہے۔ اگر یہ کافی نہ ہو تو یا تو ویجائنا (مہبل) کا اصمام کر دینا چاہیئے، یا سرعت کے ساتھ رحم کو خالی کر دینا چاہیئے (دیکھو صفحہ 696)- 149

نیز اگر چند گھنٹہ گزرنے کے بعد رحم نے اپنے مشمولات کو مکمل طور پر خارج نہ کیا ہو تو اُن کو خود نکالنا چاہیئے۔ اس کی ضرورت خاص طور پر اُن صورتوں میں ہوتی ہے جن میں جزوی اخراج ہو چکا ہو۔ محبوس شدہ حاصلات کی صورت میں سپسس (عفونت) کا خطرہ ہوتا ہے، اور یہ ایک بالکل غیر عاقلانہ فعل ہے کہ ان کو رحم میں کسی مدت تک پڑا رہنے دیا جائے، اس امید میں کہ وہ خارج ہو جائیں گے۔ ارتفاع تپش یقینی طور پر ایک قطعی دلیل ہے اس کی کہ مشمولات رحم کو فی الفور نکالا جائے۔ ساتھ ہی ساتھ اس امر پر زور دینا چاہیئے کہ یہ بالکل نامناسب ہے کہ مداخلت میں اس حد تک تاخیر کی جائے کہ مشمولاتِ رحم میں سرایت پیدا ہو جائے۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ عمل ایبارشن (استقاط) ایک چھوٹے پیمانہ کا وضع حمل ہے، لہٰذا انصرام ایبارشن (استقاط) کا اصول وہی ہونا چاہیئے جو انصرام وضع حمل میں بتایا گیا ہے۔ رحم خود اوومِ (بیضہ) کے خارج کرنے میں جتنا زیادہ حصہ لے اتنا ہی بہتر ہے۔ نصب العین یہ نہیں ہونا چاہیئے کہ بیضہ کو کھینچ کر، جتنا جلد ممکن ہو، رحم کو خالی کر دیا جائے، البتہ نزف یا ٹاکسیمیا (تسمم دم) کی شاذ و نادر صورتوں میں ایسا کیا جا سکتا ہے۔

ان کمپلیٹ ایبارشن (نامکمل استقاط) کا علاج۔ عمل ایبارشن (استقاط) میں شدید ترین خطرہ، عفونت کا ہوتا ہے، اور مشمولات رحم کی سرائت زدگی صرف ایک مقامی تکلیف ہی نہیں، بلکہ سپٹی سیمیا (septicæmia = عفونت الدم) بھی پیدا کر سکتی ہے۔ مختلف مقامی حالتوں کا علاج، نیز سپٹی سیمیا (عفونتِ دم) کا علاج کسی دوسرے مقام پر بیان ہوگا (ملاحظہ ہو صفحہ 542)۔ سرایت زدہ مشمولات رحم کو نہایت آہستگی سے نکالنا چاہیئے۔ ایسا کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ انگلی پر ایک انگشتانہ چڑھا کر اس کو رحم میں داخل کیا جائے۔ اس امر کی بہت احتیاط کرنا چاہیئے کہ اس لمفی باڑ میں جو سرائت زدہ مادوں کو باہر روکے رکھتی ہے کوئی مداخلت نہ کی جائے۔ چنانچہ کوئی تیز اوزار نہ استعمال کرنا چاہیئے، اور نہ رحم کو

کیوریٹ (curette = جرف) کرنا چاہیے ۔ یہ خیال رکھنا بھی بہتر ہوگا کہ یہ دشوار نہیں ہے کہ ایک دھاتی اوزار رحم کی دیوار سے پار ہو جائے، جو کہ ان اصابتوں میں عموماً نرم ہوتی ہے۔ مشمولات کو نکالنے کے بعد کہفہ رحم کو کسی انٹی سپٹک (antiseptic = دافع عفونت) محلول سے ہلکے ہلکے نطول کرنا چاہیئے ۔

بار بار ایبارشن (اسقاط) کا علاج بعض مریضات میں عادتاً ایبارشن (اسقاط) واقع ہونے کا رجحان پایا جاتا ہے ؛ اگر سابق الذکر اسباب میں سے کسی بھی سبب کا انکشاف یا علاج نہ ہو سکے، تو مریضات کو آرام کرنے کا مشورہ دینا چاہیئے ۔ انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے مریضات کو زمانہ حمل کا معتد بہ حصہ بستر پر پڑے پڑے گزارنا پڑے ۔

مریضات کو ایسی غذا دینی چاہیئے جس میں تمام وٹامینوں (vitamines = حیاتینوں) کی افراط ہو، بشمول وٹامین ای (vitamine E = حیاتین ص) کے جو کہ (تازہ یا خشک) لیٹوس (lettuce)، تازہ مٹروں، اور گیہوں کے جرم (germ = نابتہ) میں پائی جاتی ہے۔ مریضہ کو نمکین پانی کی مچھلی ہفتہ میں تین مرتبہ دینی چاہیئے تاکہ اس کو آیوڈین (iodine) کی کافی رسد ملتی رہے ۔ کچھ شہادت موجود ہے کہ القلیز (قلیات) اور کیلشیم نافع ہیں، لہذا سوڈیم اور پوٹاشیم سٹریٹ (potassium citrate) اور کیلشیم لیکٹیٹ 150
(calcium lactate) ہر ایک کے ۲۰-۶۰ گرین روزانہ دینے چاہئیں ۔ یہ ثابت کیا گیا ہے کہ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کا ہارمون، پوسٹیر پچوٹری (خلفی غدہ نخامیہ) کے افراز کے فعل کا امتناع کرتا اور رحم کے انقباضات کو روکتا ہے، اور کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کے خلاصہ جات دینے سے کچھ مفید نتائج درج کیے گئے ہیں ۔ ۵ گرین کے قرص دن میں تین مرتبہ کر کے دینے چاہئیں، یا ایک سی سی کا اشراب ہفتہ میں سہ بار دینا چاہیئے ۔ اگر اس خلاصہ کو زیر جلدی طور پر دیا جائے تو زیادہ فعال ہوتا ہے، لیکن براہ دہن دینے پر بھی کچھ فعل ضرور ہوتا ہے ۔ افسوس کہ اس خلاصہ کی تسلی بخش طور پر تعییر نہیں کی گئی ۔

انٹیوٹرین ایس (antiutrin S) کو ایک سی سی خوراکوں میں درون عضلی طور پر ہر چوتھے یا پانچویں روز ۶ ہفتہ تک دیا جا سکتا ہے اور اس کے ذریعہ اووریز (بیضوں) کی لوٹینی (lutein) بافت بڑھانے کی کوشش کی جاتی ہے ۔

جیسے ہی حمل تشخیص ہو جائے اسی وقت علاج شروع کر دینا چاہیئے اور کم از کم

سولھویں ہفتہ تک، بلکہ بعض مثالوں میں میعاد تک جاری رکھنا چاہئے۔

جنین کا رحم کے اندر ہی مر جانا

علاوہ اُن اصابتوں کے جن میں دوران وضع حمل میں بچہ دباؤ کی وجہ سے یا دشوار وضع حمل کے سبب سے مر جاتا ہے، اکثر دیگر ایسی اصابتیں بھی دیکھنے میں آتی ہیں جن میں وہ وضع حمل شروع ہونے سے قبل ہی رحم میں مر جاتا ہے۔

عموماً اس کے بعد بچہ رحم سے خارج ہو جاتا ہے۔ حمل کے ابتدائی بیس ہفتوں میں بالعموم اس امر کا فیصلہ کرنے کی کوشش نہیں کی جاتی کہ آیا جنین کی موت مسکیریج (miscarriage= املاص) کا سبب ہوئی ہے، یا خود مسکیرج (املاص) جنین کی موت کا باعث ہوا۔ تاہم بعض مستثنیٰ صورتوں میں مرا ہوا جنین فوراً رحم سے خارج نہیں ہوتا، بلکہ مہینوں تک محبوس رہتا ہے، جسے مسڈ ایبارشن (missed abortion= غیر خارج اسقاط) کہتے ہیں۔

سبب

انٹی نیٹل (قبل الولادتی) موت کے اسباب نامکمل طور پر سمجھے گئے ہیں۔ اغلباً یہ بہت کچھ وہی ہیں جو پری میچور (قبل از میعاد) وضع حمل کے ہیں، کیونکہ ماسوا نادر صورتوں کے (مسڈ ایبارشن = غیر خارج اسقاط)، جنین کی موت کے ۲ تا ۲۰ یوم کے بعد جنین کا اخراج ہو جاتا ہے۔ چند صورتوں میں موت کا سبب صاف عیاں ہوتا ہے۔ دیگر صورتوں میں پلیسنٹا (مشیمہ) کے وظیفوں پر غور کرنے سے معلوم ہوتا ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کا ہی نقص ہے۔

جنین کی موت کے اسباب کی تقسیم مندرجہ ذیل عنوانات کے تحت کیجا سکتی ہے۔

۱۔ سموم

(أ) وہ جو عضویات کے سبب سے ہوں، جیسے آتشک، ملیریا اور زائی ماٹک (zymotic= اختماری) امراض۔

(ب) وہ جو عضویات کے سبب سے نہوں، جیسے البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور ڈایابیٹز (diabetes = ذیابیطس) کے سموم۔

(ج) کیمیاوی زہر جیسے الکحل (alcohol)۔

151

۲۔ پلیسنٹا (مشیمہ) میں دوران خون کی رکاوٹ۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کا ایک بڑا حصہ جدا ہو جاتا ہے، جیسے انٹی پارٹم (قبل الولادتی) نزف میں یا اس کی وجہ وسیع علقیت یا پلیسنٹا (مشیمہ) کا سفید ان فارکشن (انفعام) ہوتا ہے۔

۳۔ تشوہات۔ جیسے سسٹک کڈنی (cystic kidney = دویری گردے) یوریتھرا (urethra = مجری البول) کا غیر مثقوب ہونا۔

۴۔ ضرب، جس سے کہ بچہ کو براہ راست ضرر پہنچے۔ یہ نادر ہے۔

۵۔ امبیلائکل کارڈ (حبل السری) میں گرہیں۔ یہ کبھی کبھی جنینی دوران خون میں خلل انداز ہوتی ہیں، اور اس طرح موت کا سبب ہوتی ہیں۔

۶۔ نامعلوم اسباب۔ بعض صورتوں میں موت کے سبب کا پتہ نہیں چل سکتا۔ اگر بغیر کسی ظاہری سبب کے کسی مریضہ کے ہاں میسیریٹڈ (macerated = تطبین شدہ) بچہ پیدا ہو، بالخصوص اگر ایسا ایک بار سے زیادہ وقوع پذیر ہو تو یہ امر آتشک کی جانب اشارہ کرتا ہے۔ جنین کے جگر کا خاص طور پر معائنہ کرنا چاہئے کہ اس میں سپاروکیٹیز (spirochætes = پیچ موئے) ہیں یا نہیں، اور ماں باپ دونوں کے خون کا وازرمینی (Wassermann) امتحان کرنا چاہئے۔

ایک سو چار درجہ سے زائد بخار کی صورتوں میں جنین کی موت ایک عام امر ہے لیکن یہ کہنا دشوار ہے کہ آیا موت ٹاکسیمیا (تسمم دم) کی وجہ سے ہوتی ہے یا ہائپر پائریکسیا (hyperpyrexia = بیش تپ) کے سبب سے۔

مرضیاتی تشریح

جنین عموماً میسیریٹڈ (تطبین شدہ) حالت میں پیدا ہوتا ہے یعنی اس کی جلد ادھڑتی ہوتی ہے، اور بلڈ پگمنٹ (blood-pigment = دموی لون) کے انجذاب کی وجہ سے

جلد پر گلابی بھورے دھبے ہوتے ہیں۔ کل جسم نرم اور بے تنش ہوتا ہے، اور جمجمہ کی ہڈیاں ڈھیلی ہو جاتی ہیں، اور بآسانی ایک دوسرے پر حرکت کر سکتی ہیں۔ لائکر ایمنائی (رطل) میں اور جملہ مصلی کہفوں کے سیال میں بلڈ پگمنٹ (دموی لون) ہوتے ہیں۔ میسریشن (تطعین) سرعت سے شروع ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ موت کے چوبیس گھنٹہ بعد کافی ترقی پا چکی ہو۔ یہ ضروری نہیں کہ اس کے ساتھ بد بو بھی ہو۔

اگر جنین میسیریٹڈ (تطعین شدہ) نہ ہو تو ممکن ہے کہ خشک ہو جائے اور اس کی ممیفیکیشن (mummification = تحنیط) ہو جائے اور انجام کار یہ فیٹس کامپریسس (foetus compressus = جنین مضغوط)، یا فیٹس پیپی ریسس (foetus papyraceus = جنین کاغذی) کی صورت اختیار کر لے۔ ایسا عموماً اس وقت واقع ہوتا ہے جبکہ توأموں میں سے ایک مر جائے، اس صورت میں مردہ بچہ محبوس ہو جاتا ہے اور تندرست بچہ کے اغشیہ کے ساتھ پیدا ہوتا ہے۔

اگر اغشیہ شق ہو جائیں، یا جراثیم جنین تک پہنچ جائیں، تو ممکن ہے ڈی کمپوزیشن (decomposition = تحلیل) واقع ہو جائے۔

علامات و تشخیص

مریضہ خود محسوس کرتی ہے کہ کئی روز یا زیادہ دن سے جنینی حرکات محسوس نہیں ہوتے۔ ممکن ہے کہ پستان الیہم نہ رہیں، اور جسامت میں گھٹ جائیں۔ متلی اور قے جو پہلے سے موجود ہے ممکن ہے کہ دفعتاً بند ہو جائے۔ اس حالت میں دیگر علامات، مثلاً اعضاء شکنی، الکسی، منہ کا مزا خراب ہونا اور بھوک نہ ہونا بھی بیان کی گئی ہیں، مگر عموماً یہ موجود نہیں ہوتیں۔

معائنہ کرنے پر حسب ذیل قطعی امارات پائے جاتے ہیں۔

جنینی قلبی آوازوں کی عدم موجودگی ۔ ایک طبعی اصابت میں بھی ۲۸ ہفتوں 152
سے قبل قلبی آوازوں کا سنائی دینا مشکل ہوتا ہے، لیکن اس مدت حمل کے گزرنے کے بعد اگر ایک ماہر مشاہد کسی خاموش مقام پر بغور استماع کرنے پر بھی ان کو نہ سن سکے تو یہ جنین کے

مر جانے کی بہت قوی شہادت ہوگی، بالخصوص اس صورت میں جبکہ وہی شخص قلب کی آوازوں کو اس سے پہلے سُن چکا ہو۔ ساتھ ہی ساتھ جنینی حرکات کی عدم موجودگی بھی دیکھی جاسکتی ہے۔

بالیدگی رحم کا رُک جانا۔ ممکن ہے کہ جس قدر امینوریا (احتباس الطمث) کی مدت کے لحاظ سے توقع ہے اس سے رحم چھوٹا پایا جائے۔ لیکن یہ یاد رہے کہ ایک مغالطہ بھی پیدا ہو سکتا ہے کیونکہ ممکن ہے کہ استقرار حمل امینوریا (احتباس الطمث) کے دوران میں واقع ہوا ہو۔ اس سے زیادہ صحیح کسوٹی یہ ہے کہ یہ مشاہدہ کیا جائے کہ ایک مدت معین مثلاً ایک ماہ میں، رحم کی جسامت میں کیا تغیر واقع ہوتا ہے۔ ایسا کرنے کے لئے مثانہ کو خالی کرنا چاہیے، اور رحم کے فنڈس (قعر) کے لیول کو جلد پر روشنائی یا سلور نائٹریٹ (silver nitrate) سے نشان زد کردینا چاہیے۔ مریضہ کا پھر ہفتہ وار معائنہ کیا جاتا ہے اور فنڈس یوٹرائی (قعر رحم) کے لیول کو دیکھا جاتا ہے۔ اگر چار ہفتوں میں کوئی کلانی نہ نظر آئے تو یہ اس امر کی تقریباً یقینی شہادت ہے کہ رحم میں ایک مردہ جنین محبوس ہے۔

بعض اصابتوں میں نہ صرف رحم کا بڑھنا رک جاتا ہے، بلکہ لائکر امینائی (رطل) کے انجذاب کی وجہ سے رحم حقیقی طور پر چھوٹا ہوجاتا ہے۔

رحم کی کثافت میں تغیر۔ اگر لائکر امینائی (رطل) کسی زیادہ حد تک جذب ہوجائے، تو رحم کی کثافت زیادہ مضبوط اور مزاحم ہوجاتی ہے اور اس کی لچک جاتی رہتی ہے۔

بعض اوقات بچہ کی موت کے کچھ روز بعد پستانوں میں کولاسٹرم (لبا) کا آزادانہ افراز پیدا ہوتا ہے۔

ویجائنا (مہبل) کے معائنہ پر سروائکل (عنقی) مخاط کا مواد مبدل شدہ خون کی وجہ سے بھورا پایا جاتا ہے۔ جنین کے فوت ہوجانے کی یہ کوئی تشخیصی امارت نہیں ہے کیونکہ اتفاقی نزف اور دیگر کیفیات میں بھی ایسا واقع ہوتا ہے۔ اگر سروکس (عنق) اتنا کافی متسع ہو کہ انگلی داخل ہوسکے اور جمجمہ کی ڈھیلی ہڈیاں حس کی جاسکیں، تو تشخیص قطعی طور پر کیجاسکتی ہے۔

یہ امارت شکلی معائنہ پر بھی دیکھی جاسکتی ہے۔ ایک ریڈیوگرام (radiogram = شعاع نگاشت) ممکن ہے جمجمی ہڈیوں کا تراکب ظاہر کرے۔ زانڈک ایشیم (Zondek Aschheim) کا کشف، جنین کی موت کے بعد ایک ہفتہ کے اندر منفی ہوجاتا ہے،

لیکن یہ کاشفہ ایسے حالات میں غیر معتبر ہوتا ہے۔

اس سے معلوم ہوگا کہ مریضہ کے محض ایک بار معائنہ کرنے پر جنین کی موت کی تشخیص کرنا ایک دشوار امر ہے اور عموماً مناسب طریقہ یہ ہوگا کہ یہ فیصلہ کرنے سے قبل کہ بچہ زندہ ہے یا فوت ہوگیا ہے، مریضہ کو چند ہفتوں تک زیر نگرانی رکھا جائے۔ جنینی حرکات بند ہو جانے کے متعلق مریضہ کے بیان کو بہت کم اہمیت دینا چاہیئے، کیونکہ مریضہ اکثر جنینی حرکات کو معائی حرکات سے خلط ملط کر دیتی ہیں۔

153

علاج

غالباً بیشتر صورتوں میں جنین کے فوت ہونے کے بعد فوراً ہی وضع حمل شروع ہوجاتا ہے۔ تاہم ایسی صورتیں بھی ہیں جن میں ہلاکت جنین کے امارات صاف طور پر موجود ہوتے ہیں لیکن کئی ہفتوں کے بعد بھی وضع حمل خود بخود شروع نہیں ہوتا۔ ان صورتوں میں مداخلت کی کوئی فوری ضرورت نہیں ہوتی، کیونکہ مریضہ کی صحت خراب نہیں ہوتی۔ اگر یہ سمجھا جائے کہ حمل کو ختم ہی کر دینا مناسب ہے تو کسٹر آئیل (castor oil = ارنڈی کا تیل) اور کونین (quinine) کا، یا پٹیوٹری (pituitary = نخامیہ) کا ٹیکنک (طرز عمل) آزمانا چاہیئے۔ لیکن اگر ممکن ہو تو بوجیز (bougies = شمعات) یا اس کے مماثل طریقوں سے اجتناب کرنا چاہیئے، کیونکہ ان اصابتوں میں این اروبک (anærobic = نا ہوا باش) عضویات سے سرایت ہونے کا اندیشہ ہے۔

جوں ہی کہ پیورپیریم (puerperium = زمانۂ نفاس) بخیریت گزر جائے تو اس کی ضرورت ہوگی کہ حتی الامکان جنین کی موت کے سبب کا علاج کیا جائے، تاکہ آئندہ حمل کا اس طرح اختتام روکا جائے۔

اگر واسرمین (Wassermann) کے تعامل کی مدد لی جائے اور سپاروکیٹیز (spirochætes = پیچ موئے) دیکھنے کے لئے جنینی بافتوں کا براہ راست امتحان کیا جائے تو یہ امر قطعی طور پر مشخص کرنا ممکن ہوگا کہ آیا آتشک موت کا سبب ہے کہ نہیں۔ اگر یہی سبب ہے تو مریضہ کا مناسب علاج کرنا ہوگا۔

154

باب پانزدہم

مولر پریگننسی (molar pregnancy = جنین کاذب کا حمل)

کارنیس مول (carneous mole = لحمی جنین کاذب)

کارنیس مول (لحمی جنین کاذب) ایک مردہ بیضہ ہے، جو حمل کے ابتدائی



تصویر ۲۳۳۔ کارنیس مول (لحمی جنین کاذب)۔ ایمنیاٹک سیک (امنیسی تاچہ) کو کھولنے کے لئے اس میں سے ایک دریچہ کاٹ لیا گیا ہے۔ دریچہ میں ایک سکڑا ہوا جنین اور خون کے تھکے کے حید کیفہ میں ابھرے ہوئے نظر آتے ہیں۔

مہینوں میں، اور بالعموم قبل اس کے کہ تکوین پلیسنٹا (مشیمہ) ہو برباد ہو چکا ہوتا ہے۔ یہ بربادی یا تو خفیف مسلسل نزف سے، یا مکرر چھوٹے چھوٹے نزفوں سے واقع ہوتی ہے۔ نزف کا صحیح سبب نامعلوم ہے، لیکن یہ ڈسڈوا (غشاء ساقط) میں اور کوریو ڈسڈوئل سپیس (سلوی ساقطی فضا) میں واقع ہوتا ہے، اور اس کا خون ماں سے ماخوذ ہوتا ہے۔ اگر نزف کافی دفعتہً یا کافی وسیع ہو تو ایبارشن (اسقاط) بھی واقع ہوتا ہے۔ اگر ایسا نہ ہو تو انصبابی خون بالآخر اووم (بیضہ) کو گھیر لیتا ہے، اور کوریانک ممبرین (سلوی جھلی) اور رولائی (خملات) کم و بیش برباد ہو جاتے ہیں۔ خون بالعموم غیر مساوی طور پر تقسیم ہو جاتا ہے، اور امنیان (انفس) کے اندر اُبھر آنے سے بے قاعدہ فرازات نکل آتے ہیں، اور ایک ایسا منظر پیدا ہوتا ہے جو ٹیوبرس مول (tuberous mole= حدبیہ دار جنین کاذب) کا نام سمجھاتا ہے۔ اس طرح یہ وعا بدر شدہ خون، نمو یاب اووم (بیضہ) کو اپنی رسد سے محروم کر دیتا ہے جس سے اووم (بیضہ) فوت ہو جاتا ہے۔

155 امنیان (انفس)، جو ایک مزاحم جھلی ہوتی ہے، عموماً خون کے تھکہ کے بیچ میں صحیح و سالم پایا جاتا ہے۔ لیکن شاذ و نادر مواقع پر امنیان (انفس) کے کہفہ ہی میں نزف واقع ہوتا ہے۔ اس سے جنین فوت ہو جاتا ہے، [قدیم اصطلاح بلائیٹڈ اووم (blighted ovum=افسردہ بیضہ) اسی پر عائد ہوتی ہے] اور اووم (بیضہ) یا تو مکمل طور پر جذب ہو جاتا ہے، یا لائکر ایمینائی (رطل) میں بے تعضیہ پایا جاتا ہے۔

جنین کے نمو کے درجہ، اور کہفہ امنیان (انفس) کی جسامت کے درمیان اکثر ایک نمایاں عدم تناسب پایا جاتا ہے، جس کے متعلق یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ اس کی وجہ لائکر ایمینائی (رطل) کا بہت زیادہ مقدار میں موجود ہونا ہے۔

ممکن ہے کہ برباد شدہ اووم (بیضہ) رحم میں بہت ہفتوں تک محبوس رہے۔ اس عرصہ میں بیضہ کو محصور کرنے والے خون کے سیال اجزاء جذب ہو جائیں گے، اور دیوار "لحمی" ہو جائے گی، چنانچہ اس حالت کو "فلیشی مول" (fleshy mole = لحمی جنین کاذب) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ اس کی تراش میں بسا اوقات دیوار کی شکل ورقہ دار نظر آتی ہے، اور اگر کچھ حصہ کا بذریعہ خردبین معائنہ کیا جائے، تو خون کے تھکہ میں انحطاط یافتہ کوریانک ولائی (سلوی خملات) نظر آتے ہیں۔

علامات

جب تک کہ اووم (بیضہ) برباد نہیں ہوتا، حمل سریریاتی حیثیت سے طبعی ہوتا ہے۔ اس لئے اولاً اس کے ہمراہ حمل کے ابتدائی علامات ہوتے ہیں، جو مختلف افراد میں بہت ہی مختلف درجہ تک ممتاز ہوتے ہیں۔ اس کے بعد اووم (بیضہ) برباد ہوجاتا ہے اور پستانی فعالیت اور مارننگ سکنس (صبح کی متلی) غائب ہوجاتی ہے۔

شروع میں ممکن ہے کہ خفیف ویجائنل (مہبلی) نزف موجود ہو، جبکہ سریریاتی حیثیت سے اس اصابت کو تھریٹینڈ ابیارشن (اسقاط مخطور) سے تمیز نہیں کیا جاسکتا۔ بعض اوقات صرف تھوڑا سا سرخی مائل مواد دیکھا جاتا ہے، اور وہ اکثر اتنا ذرا سا ہوتا ہے کہ مریضہ اس کو نظرانداز کر دیتی ہے۔ بہرکیف مشمولاتِ رحم خارج نہیں ہوتے، اور یہ عمل کچھ وقت کے لئے بند ہوجاتا ہے۔ لیکن چونکہ رحم خالی نہیں ہوتا، لہذا حیض از سرنو جاری نہیں ہوتا۔

بائی مینول (دودستی) امتحان پر رحم معمول سے زیادہ سخت، اور معمول سے کم لوچدار پایا جاتا ہے، اور اس میں انقباضات نہیں شناخت کئے جاسکتے۔ پہلے تو رحم طبعی جسامت سے زیادہ بڑا ہوتا ہے لیکن بجائے اس کے کہ یہ بتدریج جسامت میں بڑھ جائے، جوں جوں سیال جذب ہوتا ہے، یہ جسامت میں اور گھٹتا ہے۔ چنانچہ اس کی جسامت مفروضہ مدت حمل سے کوئی مطابقت نہیں رکھتی۔ انجام کار ایک عرصہ کے بعد، جو چند ہفتوں سے لیکر تین یا چار ماہ تک بلکہ زیادہ ہوسکتا ہے، یہ مول (جنین کاذب) خارج ہوجاتا ہے۔

تشخیص

یہ حالت صرف مشمولات رحم کے معائنہ ہی سے بہ تیقن تشخیص ہوسکتی ہے۔ ان کے خارج ہوچکنے کے بعد اس حالت کو حمل کی اس صورت سے تمیز کرنا ہوتا ہے کہ جس میں اووم (بیضہ) زندہ ہوتا ہے۔ آخرالذکر صورت میں رحم نرم اور لوچدار ہوگا، انقباضات شناخت کئے جائیں گے، اور جوں جوں مدت حمل بڑھے گی، رحم بتدریج اپنی جسامت میں

بڑھے گا ۔

نیز اس کی طبعی امارات بعض لحاظ سے فائبرائڈ (لیفی سلعات) سے ملتی جلتی ہوتی ہیں، لیکن موخر الذکر صورت میں روئداد مختلف ہوتی ہے یعنی غالباً حیض باقاعدہ اور کثرت سے ہوتا ہے ۔

بائیڈیٹڈیفارم مول (کیسہ نما جنین کاذب) کی تشخیص کے لئے دیکھو صفحہ 160-

علاج

156 مول (جنین کاذب) جلد یا بدیر ایک جسم غریب کے مثل عمل کرتا ہے اور خارج ہوتا ہے ۔ مگر ممکن ہے کہ برابر خون جاری رہنے کی وجہ سے یا بدبودار رطوبت یا درد یا ارتفاع تپش کی وجہ سے اسے نکالنے کی ضرورت پڑے یا عورت کا پیمانہ صبر لبریز ہو جائے اور وہ اپنی نازک حالت کی وجہ سے اس کے نکلوانے کا خود مطالبہ کرے ۔

تھریٹنڈ ایبارشن (اسقاط مخطور) کی صورتوں میں اس وقت جبکہ اووم (بیضہ) فوت ہو کر ایک کارنیس مول (لحمی جنین کاذب) بن گیا ہو، یہ ہمیشہ مناسب ہوتا ہے کہ رحم کی بالیدگی پر نظر رکھی جائے ۔ ارگٹ، یا اس سے بھی بہتر پشوٹری ایکسٹریکٹ (خلاصہ نخامیہ) تین یونٹ ہر دو گھنٹہ بعد ۱۲ گھنٹہ تک دے کر، یہ کوشش کرنی چاہئے کہ رحم میں اپنے مشمولات کو خارج کر دینے کی تحریک پیدا ہو ۔

ان شاذ و نادر صورتوں میں کہ جن میں کارنیس مول (لحمی جنین کاذب) کا نکالنا ضروری ہوتا ہے، سروکس (عنق) کا اتساع کرنا ایک دشوار امر ثابت ہوتا ہے ۔ اس موقع پر لیمنیریا ٹنٹ (laminaria tent = فتیلہ لمناریہ) بہت کار آمد ہو گا ۔ ممکن ہے کہ ٹنٹ (tent = فتیلہ) رحم کو اتنا تحریک میں لائے کہ رحم از خود اخراج کر دے ۔ اگر اس سے ایسا نہ ہو، تو کم از کم سروکس (عنق) کا مزید اتساع آسان تر و محفوظ تر ہو جاتا ہے اور ایک چھوٹے اووم فارسیپز (مبیضی کلاب) کے ذریعہ مول (جنین کاذب) کو نکالا جا سکتا ہے ۔

ہائیڈیٹڈیفارم مول (=hydatidiform mole کیسہ نما جنین کاذب)
یا
ویزیکولر مول (=vesicular mole کیسکی جنین کاذب)

ہائیڈیٹڈیفارم مول (کیسہ نما جنین کاذب)، مختلف جسامت کے کیسکوں کا مجموعہ ہے، جو سلوی خملات کے انحطاط سے پیدا ہوتے ہیں۔ کیسک متعدد ڈنڈیوں پر لگے ہوتے ہیں جو کوریان (سلی) کی سطح سے اُبھرتی ہیں، اور ہر کیسک ایک ولس (خملہ) کی نمایندگی کرتا ہے۔ یہ ابتدائی ولائی (خملات) شاخوں میں تقسیم ہوتے ہیں، اوران شاخوں میں بھی یہی کیسکی تکوین پائی جاتی ہے، چنانچہ یہ شاخیں ایک منکوں والی مالا کے مشابہ ہوتی ہیں (تصویر ۲۴)۔ یہ حمل کی ایک نادرالوقوع پیچیدگی ہے۔ یہ خارج الرحم حمل میں، نیز ایک طبعی توام کے ساتھ، اور ایک تندرست جنین کے پلیسنٹا (مشیمہ) کے ایک حصہ میں پایا گیا ہے۔

سبب

یہ مرض کل زمانہ امید میں پایا جاتا ہے۔ زیادہ کثرت سے ان عورتوں میں جن کے کئی بچہ ہو چکے ہوں، اور بالخصوص زمانہ امید کے آخر کے قریب پایا جاتا ہے۔ ایک ہی مریضہ میں کئی بار اس کا وقوع سنا گیا ہے، اس بنا پر ماں کی کوئی عام حالت، جیسے کہ برائٹز ڈزیز (مرض برائٹ) یا انیمیا (=anæmia عدم دمویت) اس کا سبب خیال کر لی گئی ہے، لیکن کوریانک (سلوی) بافت کے ایک ہی حصہ کا متاثر ہونا، یا توام پلیسنٹاز (مشیموں) میں صرف ایک ہی توام کا متاثر ہونا، اس قسم کے مفروضہ کو غیر اغلب بنا دیتا ہے۔

مرضی تشریح

157

کوریانک ولائی (سلوی خملات) کی تبدیلی زمانۂ حمل کے ابتدائی دو ماہ میں شروع

ہوتی ہے، جبکہ کل کوریان (سلی) خملات سے ڈھکا ہوتا ہے۔ اس وقت امنیاٹک سیک (انفسی ناچہ) عموماً ناقابل امتیاز ہوتی ہے، اور مضغہ نہیں دیکھا جا سکتا اس لئے کہ یہ بہت ابتدا میں فوت ہو کر ریزہ ریزہ ہو گیا ہوتا ہے (تصویر ۳۴) کوریانک (سلوی) تغیر ہمیشہ ہمہ گیر نہیں ہوتا، کبھی کبھی پوری میعاد پر پلیسنٹا (مشیمہ) کے ایک چھوٹے رقبہ میں ہائیڈیٹیڈیفام (کیسہ نما) انحطاط دیکھا گیا ہے، اور جنین زندہ اور طبعی پایا گیا ہے لیکن شاذونادر ایسا دیکھا گیا ہے کہ توام حمل میں ایک کوریان (سلی) مکمل طور پر ہائیڈیٹیڈیفارم (کیسہ نما) انحطاط سے متاثر ہو کر اس کا جنین برباد ہو گیا ہے، اور دوسرے اووم (بیضہ) کا مضغہ طبعی پایا گیا ہے۔



تصویر ۳۴۔ اووم (بیضہ) کا ہمہ گیر ہائیڈیٹیڈیفارم (کیسہ نما) انحطاط

ولائی (خملات) کی کلانی کی وجہ سے کوریان (سلی) اتنی ہی جگہ گھیر لیتا ہے، جتنی کہ طبعی حمل کا کل اووم (بیضہ) گھیرتا ہے۔ بہت سی صورتوں میں رحم کی جسامت اس سے زیادہ ہوتی ہے کہ جتنی اسی مدت کے ایمینوریا (احتباس الطمث) میں حامل رحم کی ہونی چاہیئے۔ یہ بیشئی جسامت خصوصیت سے ان صورتوں میں پائی جاتی ہے جن میں کوریان (سلی) کے جدا ہونے کی وجہ سے رحم میں پوشیدہ نزف ہو چکا ہو۔ یہ غیر معمولی زیادتی جسامت اکثر تھوڑی مدت میں واقع ہوتی ہے، اور رحم میں تمدد پیدا کرتی ہے جس کے ساتھ ساتھ درد ہوتا ہے۔

کیسوں کی جسامت، خرد بینی سے لے کر طویل ترین قطر میں تقریباً تین سنٹی میٹر تک پائی جاتی ہے۔ سب سے بڑے کیسک عموماً بیلیچی شکل کے ہوتے ہیں، صرف صغیر تر کیسک کروی خاکہ کے ہوتے ہیں۔

خرد بین کے ذریعہ سے دیکھا جائے، تو کیسک کوریانک ولس (سلوی خملہ) کی معمولی
ساخت پر مشتمل ہوتے ہیں، لیکن ان میں ٹروفوبلاسٹک (trophoblastic = نہوض پرورشی) پوشش
(یعنی کوریان ایپی تھیلیم (epithelium = سلوی سر حلمہ) کا بیحد تکاثر پایا جاتا ہے اور اس کے
ساتھ ساتھ توصیلی بافت کا تہیجی یا استسقائی انحطاط نظر آتا ہے۔ گویا ولس (خملہ) میں
بیک وقت تکاثر و انحطاط ہو رہا ہوتا ہے۔ صغیر تر کیسکوں میں ولس (خملہ) کی توصیلی
بافت اب بھی شناخت کی جا سکتی ہے، لیکن اُس کے خلوی عناصر انحطاط شدہ ہوتے ہیں، 158
اور ان کو سیال کے اجتماعات ایک دوسرے سے بہت جدا کئے ہوتے ہیں۔ کبیر تر کیسکوں
میں، توصیلی بافت اور دموی عروق بالکل غائب ہوتے ہیں، اور بجز ایک دوری دیوار
کے جو کہ کوریانک ایپی تھیلیم (سلوی سر حلمہ) کی بنی ہوتی ہے، اور جس میں صاف سیال
پایا جاتا ہے، کچھ باقی نہیں رہتا۔ زمانۂ سابق میں یہ سیال ولس (خملہ) کی توصیلی بافت
کے مخاطی، یا مخاط تنزلی انحطاط کا نتیجہ سمجھا جاتا تھا۔ مگر حال میں یہ دکھایا گیا ہے کہ سیال
میں مخاط بالکل نہیں ہوتا، اس لئے اسے یہ سمجھا جاتا ہے کہ ابتداءً توصیلی بافت کا تہیجی تغیر
ہو کر اس میں ثانوی طور پر تنخر ہو جاتا ہے۔

کوریانک ایپی تھیلیم (سلوی سر حلمہ) کے دونوں اجزاء ترکیبی میں تکاثر ہوتا ہے،
چنانچہ لنگھنس (Langhans) کے خلیات کے عظیم اجتماع کے لئے جس میں فاعلانہ تکاثر
ہو رہا ہوتا ہے، سنسیٹیم (syncytium = کتلنۃ الخلایا) ایک بیرپلازموڈیل (plasmodial)
پوشش بناتا ہے۔ یہ غنچے ممکن ہے کہ اتنے بڑے ہوں کہ آنکھ سے دیکھے جا سکیں۔ کوریانک
ایپی تھیلیم (سلوی سر حلمہ) کے یہ تودے جو کیسکوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں، اُن خلوی
تودوں سے جو کوریان ایپی تھیلیوما (chorion-epithelioma = سلعہ سلوی سر حلمی)
کے نام سے موسوم خبیث بالیدگی کی خصوصیت ہیں، عملی طور پر ناقابل امتیاز ہیں۔

کوریانک ایپی تھیلیم (سلوی سر حلمہ) کا یہ فعلی تکاثر ہائیڈیٹڈیفارم مول (کیسہ نما
جنین کاذب) کی مرضیات کی ایک خاص خصوصیت ہے، اور اس کے متعلق یہ سمجھنا
چاہیئے کہ یہ خود اووم (بیضہ) کی کسی ناقابل توجیہہ بیماری کا اولین مظہر ہے۔ ٹروفو
بلاسٹک (نہوض پرورشی) پوشش کے دو طبقات کے نسبتاً بہت بڑھ جانے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ،
مول (جنین کاذب) میں، رحمی دیوار کو کھانے کی اور متاکل کرنے کی طاقت بہت زیادہ ہو جاتی ہے۔

سر بریاتی حیثیت سے اس کے زیادہ ہو جانے سے اہم نتائج واقع ہوتے ہیں، چنانچہ بعض صور توں میں ولائی (خملات) ڈسڈوا (غشاء ساقط) میں کامل طور پر گھس جاتے ہیں، اور رحمی عضلات میں انثقاب پیدا کرتے ہیں، حتیٰ کہ ممکن ہے کہ پریٹونیم (باریطون) تک رسائی اور انثقاب ہو جائے اور کہفہ شکم میں نزف واقع ہو۔ گہرے نفوذ کی یہ طاقت، نام نہاد خبیث ہائیڈیٹڈیفارم مول (کیسہ نما جنین کاذب) کی امتیازی خصوصیت ہے، جو شائد اکثر اوقات کوریان اپی تھیلیوما (سلعہ سلوی سر حلمی) کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ چنانچہ کوریان سلی کے محض ہائیڈیٹڈیفارم(hydatidiform= کیسہ نما) انحطاط سے لے کر، خبیث ثاقب مول (جنین کاذب) تک، ہر ایک درجہ پایا جا سکتا ہے۔ خرد بینی نقطۂ نظر سے ان جملہ اقسام کی بافتیں یکساں ہوتی ہیں، اور مول (جنین کاذب) کی نسیجیات سے یہ فیصلہ کرنے کا کہ آیا کس مول (جنین کاذب) کو خبیث تصور کرنا چاہیے اور کس کو نہیں، کوئی ذریعہ نہیں ہوتا۔

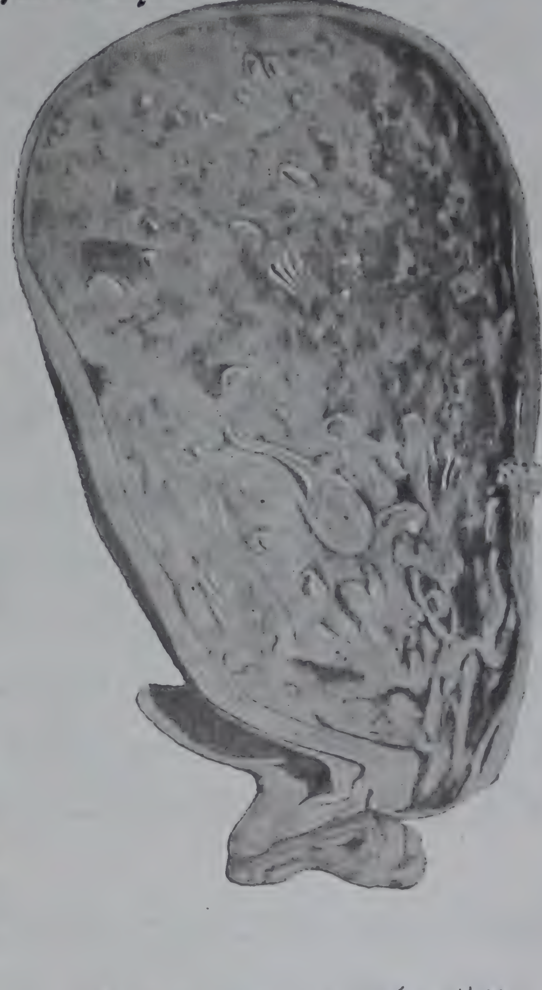
ان اصابتوں میں یہ ایک عام امر ہے کہ ایک یا دونوں اوور یز (بیضوں) میں دو یری حالت پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اووری (بیض) ایک مشت کے برابر بڑھ جائے اور اس کی سطح پر مختلف جسامت کے، کبوتر کے انڈے کے برابر تک، دو یروں کی کثیر تعداد نظر آئے۔ خالی آنکھ سے دیکھنے پر اس کی تراش، ایک دو یری گردے کی تراش سے بہت مشابہ ہوتی ہے۔ دو یروں کی دیواریں بہت پتلی اور بعض اوقات شفاف ہوتی ہیں، اور ان میں ایک رقیق سیال ہوتا ہے۔ زیر خرد بین اووری (بیض) میں لیوٹینی (lutein) خلیوں کی بہت زیادتی نظر آتی ہے۔ یہ دو یروں کی دیواریں مرتب نہیں ہوتے، جیسے کہ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) میں مرتب ہوتے ہیں، بلکہ یہ تمام اسٹروما (ہیکل) میں منتشر ہوتے ہیں۔ اگر مول (جنین کاذب) خارج ہو جائے
159 یا نکال دیا جائے اور مریضہ شفایاب ہو جائے، تو اووری (بیض) بتدریج اپنی طبعی جسامت پر واپس آجاتی ہے۔

یہ عام طور پر تسلیم کیا گیا ہے کہ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) کے اور بارورشدہ اووم (بیضہ) کی تفریش کے درمیان کوئی تعلق پایا جاتا ہے۔ اوور یز (بیضوں) کی حالت جب اول اول دیکھی گئی تو یہ خیال پیش کیا گیا کہ لیوٹینی (lutein) بافت کی مقدار کی زیادتی،

ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کے بافراط تکاثر کا سبب ہے۔ لیکن جدید تر خیال یہ ہے کہ ہائیڈیٹڈیفارم مول (کیسہ نما جنین کاذب) اووم (بیضہ) کا ابتدائی مرض ہے، اور اوویرین (بیضی) تغیرات جو بیان ہو چکے ہیں، وہ ثانوی ہیں۔ ایسشیم (Aschheim) اور دوسروں نے ثابت کیا ہے کہ پیشاب کا ہارمون کانٹنٹ (harmone-content = ہارمونی مافیہا) اُس سے کئی گنا زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا طبعی حمل میں ہوتا ہے۔

علامات

خاص علامت نزف ہے۔ نزف بہت شروع میں، یعنی آخری طبعی "ایام" کے چھ ہفتہ بعد دیکھا گیا ہے، لیکن یہ عموماً حمل کے تیسرے یا چوتھے ماہ میں واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات رحم کی غیر طبعی بڑی جسامت اور حرکات جنین کی عدم موجودگی جاذب توجہ ہوتی ہے۔



تصویر ۳۵۔ ہائیڈیٹڈیفام (کیسہ نما) انحطاط۔ اس میں رحمی دیوار کا پتلا ہو جانا اور رحم کا بڑھ جانا دکھایا ہے۔

امارات

رحم بالعموم اس سے زیادہ بڑا ہوتا ہے کہ جتنا اسی مدت کے طبعی حمل میں ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ اتنا بڑا نہیں ہوتا (تصویر نمبر ۳۵) بلکہ درحقیقت بعض صورتیں ایسی درج ہوئی ہیں جن میں رحم واقعی نسبتاً چھوٹا تھا۔ رحم کی کثافت بالعموم تنیدہ ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ یہ ایسی ہو جیسی کہ طبعی حمل میں ہوتی ہے۔ اکسٹرنل بیلاٹمنٹ external ballottement = بیرونی نہز) نہیں محسوس کیا جا سکتا اور نہ جنینی ضربات قلب

سنی جاسکتی ہیں، ماسوا اُن نہایت شاذ و نادر توام حمل کی صورتوں کے جن میں صرف ایک ہی اووم (بیضہ) متاثر ہوتا ہے ۔

ویجائنل (مہبلی) امتحان پر جنین بالکل محسوس نہیں ہوسکتا، لیکن تھریٹنڈ ایبارشن (استقاط مخطور) کے عمومی امارات، یعنی خفیف انساع سروکس (عنق) اور نزف موجود ہوتے 160
ہیں۔ اس کے بعد جبکہ سروکس (عنق) ایک انگشت داخل کرنے کے قابل متسع ہوجاتا ہے، تو مول (جنین کاذب) کو حس کیا جاسکتا ہے اور تشخیص ظاہر ہوجاتی ہے ۔

اُن اصابتوں میں جن میں کہ مول (جنین کاذب) غیر معمولی طور پر بڑا ہوتا ہے، اکثر اوقات البیومن یوریا (البیومن بولیت) اور تہیج، اور کبھی کبھی شدید قے ہوتی ہے ۔

تشخیص

ہائیڈیٹڈیفارم مول (کیسیہ نما جنین کاذب) کو اس تھریٹنڈ مسکیرج (threatened miscarriage = مخطور املاص) سے جس میں باقی ہر طرح سے طبعی حمل ہوتا ہے، امتیاز کرنا پڑتا ہے۔ رحم کی جسامت، امارات جنین کی عدم موجودگی اور کیسکوں کی موجودگی، خاص نکات ہیں۔ تھریٹنڈ ایبارشن (استقاط مخطور) کے ساتھ ہائیڈریمناس (کثرتِ رِصل) کی موجودگی، بیلاٹمنٹ (ballottement = نہز) اور جنین کی ضربات قلب سے مستنبط کیجاسکتی ہے۔ کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمریج (پوشیدہ اتفاقی نزف) بہت مماثل امارات ظاہر کرتا ہے، اور اس کو صرف روداد کی بنا پر، یا دفعتہً آغاز کی بنا پر امتیاز کیا جاسکتا ہے، لیکن بہت سی صورتوں میں دونوں حالتیں ایک ساتھ ہوتی ہیں۔

اُن اصابتوں میں جن کے ساتھ البیومن یوریا (البیومن بولیت)، تہیج، اور قے ہوتی ہے، امارات جنین کی عدم موجودگی یہ ظاہر کرتی ہے کہ یہ ہائیڈیٹڈیفارم مول (کیسیہ نما جنین کاذب) کی اصابت ہے، نہ کہ ٹاکسیمیا (تسمم دم) اور معمولی حمل کی ۔

زونڈک ایشیم (Zondek Aschheim) کا کاشفہ تشخیص کے لئے نہایت ہی مفید ثابت ہوا ہے، کیونکہ ہائیڈیٹڈیفارم مول (کیسیہ نما جنین کاذب) میں مرقق شدہ پیشاب کے ساتھ یہ کاشفہ مثبت ہوتا ہے ۔ $\frac{1}{200}$ ترقیق میں اس کا مثبت ہونا ایک معنی خیز

امر ہے، اور بار بار ترقیق میں ایسا ہونا ہائیڈیٹڈیفارم مول (کیسہ نما جنین) کا قطعی طور پر مشخص ہے۔ ایبارشن (اسقاط) کے بعد چند ہفتہ تک غیر مرقق پیشاب کے ساتھ یہ کاشفہ مثبت رہ سکتا ہے، لیکن اگر ترقیق شدہ پیشاب برابر مثبت نتیجہ دیتا رہے، تو اس سے کوریان ایپی تھیلیوما (سلعہ سلوی سرحلمی) کے امکان کا زبردست خیال پیدا ہوتا ہے۔ آخراً، اگر رودادِ حیض نہایت غور سے نہ حاصل کی جائے، تو ہائیڈیٹڈیفارم مول (کیسہ نما جنین کاذب) پر انحطاط یافتہ فائبرائڈ (fibroid = لیفیہ)، یا اوویرین سسٹ (ovarian cyst = مبیضی دو بیرہ) کا مغالطہ ہونے کا سخت خطرہ ہے۔

انذار

نزف سے زندگی خطرہ میں پڑ سکتی ہے۔

مول (جنین کاذب) کے اخراج کے دوران میں، اور اس سے بھی زیادہ اس کو انگلی سے نکالتے وقت، خطرناک نزف ہو سکتا ہے۔ چونکہ اس کے چھوٹے ٹکڑے رحمی دیوار سے چپکے ہوتے ہیں، ممکن ہے کہ رحم بخوبی باز کشیدہ نہ ہو، اور بعد ولادت کچھ شدید نزف واقع ہو، اور مریضہ کے لئے جو قبل ہی سے بے خون ہوتی ہے، مہلک ثابت ہو۔

عفونت۔ یہ پیچیدگی کثیر الوقوع ہے، کیونکہ رحم اپنے آپ کو تمام و کمال شاذ و نادر ہی خالی کرتا ہے، اور چپکے ہوئے حصوں کے لئے انگلی داخل کرنے کی ضرورت پڑتی ہے۔

دیوار رحم کا تآکل۔ اگر ولائی (خملات) گہرے طور پر دخول کر جائیں، اور 191
دیوار رحم بہت پتلی ہو تو باریطون کے نیچے نزف واقع ہو سکتا ہے، بلکہ رحم کا انشقاق ہو سکتا ہے۔

کوریان ایپی تھیلیوما (chorion epithelioma = سلعہ سلوی سرحلمی)۔ اعداد و شمار ظاہر کرتے ہیں کہ یہ انتہائی مہلک بالیدگی ہائیڈیٹڈیفارم مول (hydatidiform mole = کیسہ نما جنین کاذب) کے بعد اس سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتی ہے کہ جتنی دیگر قسم کے حمل میں واقع ہوتی ہے۔ اس لئے ہائیڈیٹڈیفارم مول (کیسہ نما جنین کاذب) کے خطرات کا اندازہ کرتے وقت، کوریان ایپی تھیلیوما (سلعہ سلوی سرحلمی) کے امکانی

وتوع کا خیال رکھنا چاہئے۔

علاج

علاج یہ ہوتا ہے:۔ رحم کو خالی کرانا، منقبض کرانا، اور باز کشیدہ کرانا۔ اگر مول (جنین کاذب) کو انگلی سے نکالا جائے، تو بافراط نزف واقع ہو سکتا ہے۔ اس لئے رحم کو ہر موقع دینا چاہیئے کہ وہ اس کو خود خارج کردے۔ اگر مرض کے تشخیص ہوتے وقت آس (os = فم رحم) کا اتساع نہو، تو ایک ٹنٹ (tent = فتیلہ) داخل کرنا چاہیئے۔ اگر ٹنٹ (فتیلہ) رحم میں اچھے انقباضات کی تحریک کرے، تو مول (جنین کاذب) عموماً خود بخود خارج ہو جاتا ہے۔ اگر رحمی فعل سست ہو، تو پٹوسین (pitocin) اُسے تحریک میں لانے کے لئے استعمال کیا جا سکتا ہے۔

اگر مریضہ کو اس وقت جبکہ وہ پہلی بار دیکھی گئی ہو، شدید نزف ہو رہا ہو، اور آس (فم رحم) کافی متسع ہو، تو رحم کے تخلیہ کے لئے مینوئل کامپریشن (manual compression = دستی ضغطہ) اور پٹوٹری ایکسٹریکٹ (خلاصہ نخامیہ) استعمال کرنا چاہیئے۔ جہاں تک ممکن ہو مول (جنین کاذب) کو اوپر سے دبا کر نکالنا چاہیئے، بہ نسبت اس کے کہ نیچے سے کھینچ کر نکالا جائے۔ گرم انٹرایوٹرائن (درون رحمی) نطول، اخراج کا مفید ذریعہ ہے۔

جب تودہ کا بڑا حصہ خارج ہو جائے، تو رحم کے اندرونی حصہ کی انگلی سے تفتیش کر لینا چاہیئے، اور پھر اس کو عفیم ٹنکچر آؤڈین میں تر کئے ہوئے گاز کے ٹکڑے سے پونچھ لینا چاہیئے۔ اووم فارسپز (ovum forceps = بیضی کلاب) یا کیورٹ (مجرف) کسی صورت میں استعمال نہ کرنا چاہیئے، کیونکہ اس سے رحم کے منثقوب ہونے کا خطرہ ہے۔ گاہے زونڈک ایشیم (Zondek Aschheim) کے کاشفہ کے ذریعہ اس وقت تشخیص کر لی جاتی ہے جبکہ ابھی اووم (بیضہ) بالکل خارج نہیں ہوا ہوتا۔ ایسی صورت میں بعض سرجن اس کو ترجیح دیتے ہیں کہ شکمی تخلیہ کے ذریعہ رحم کو خالی کیا جائے۔ لیکن اگر مریضہ مینوپاز (سن یاس) کے قریب ہو تو یہ زیادہ قرین دانش ہے کہ پورے رحم کو دور کر دیا جائے۔

پیورپیریم (نفاس) کے دوران میں ارگٹ (ergot) دیا جاتا ہے۔ اگر لوکیا (lochia) چار ہفتہ کے اختتام پر بھی خون آلود ہو، تو رحم کو کیوریٹ (curette=جرف) کرنا چاہیئے، اور اس کی سکریپنگز (scrapings= کُھرچن) کو ماہر امراضیات کے پاس معائنہ کے لئے بھیجنا چاہیئے۔ اگر بعد میں کوئی نزف واقع ہو تو کوریان اپی تھیلیوما (سلعہ سلوی سرطانی) کے امکان کے مدنظر رحم کی دوبارہ تفتیش کرنی چاہیئے۔

مگر ہائیڈیٹڈیفارم مول (کیسہ نما جنین کاذب) کے بعد ثانوی طور پر پیدا شدہ کوریان اپی تھیلیوما (سلعہ سلوی سرطانی) سے سرخ مواد کا اجرا ہمیشہ واقع نہیں ہوتا۔ اسکی وجہ یہ ہے کہ بالید رحم کے کہفہ کے اندر نکلی ہوئی نہیں ہوتی بلکہ اس کی دیوار کے اندر واقع ہوتی ہے۔

162

باب شانزدہم

ایکسٹرا یوٹرائن (EXTRA-UTERINE = خارج الرحم) حمل

ایکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل کا زیادہ مفصل بیان اس کے ساتھ کی دوسری کتاب امراض النسا میں پایا جائے گا، لیکن ضرورت ہے کہ اس کی بعض خصوصیات کا مختصر تذکرہ علم الولادت کی کتاب میں بھی کیا جائے۔ یہ مضمون علم امراض النسا کے علاوہ علم الولادت کے تحت کئی طرح سے آتا ہے۔ مثلاً ابتدائی ایکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل کو ایبارشن (اسقاط) اور حامل رحم کی ریٹروورشن (پس گردیدگی) سے تشخیص کرنے میں، ان اصابتوں کی تشخیص میں جن میں حمل کے دوران میں شدید درد ہو، اور شاذ و نادر ترقی یافتہ ایکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل اور طبعی حمل کے مابین تشخیص کرنے میں۔

علامات

بالعموم روداد یہ ہوتی ہے کہ ایک ماہواری نہیں آیا، اگرچہ بہت سی اصابتوں میں ایمینوریا (احتباس الطمث) کا کوئی وقفہ نہیں ہوتا۔ اس کے بعد یہ کہ مریضہ پر کم و بیش زبردست درد کا حملہ ہوا ہے، اور بعد ازاں رحمی نزف ہوا ہے۔ جو کہ بالعموم صرف خفیف مقدار میں ہوتا ہے۔ بہت سی اصابتوں میں، اور غالباً اُن جملہ اصابتوں میں جن میں نزف خفیف مقدار میں ہوتا ہے، خون کا رنگ سیاہی لئے ہوتا ہے، اور اس مواد سے مشابہ ہوتا ہے جو رحم میں کارنیس مول (لحمی جنین کاذب) پائے جانے کی صورت میں آتا ہے۔ مریضاؤں کی

کافی تعداد میں رحم کے ڈسڈوئل کاسٹز (decidual casts= ساقطی سانچے) مکمل یا ٹکڑوں میں خارج ہوتے ہیں، لیکن اکثر مریضات کو اس کا پتہ نہیں چلتا۔ بعض افراد میں امینوریا (احتباس الطمث) کے دو یا چار ماہ گذر جاتے ہیں۔ ان اصابتوں میں اووم (بیضہ) ٹیوب (tube= انبوب) کی دیواریں پرورش پاتا رہتا ہے، اور کوئی نزفی اختلال واقع نہیں ہوتا۔ اگر اکسٹرا یوٹراین (خارج الرحم) حمل کے ہمراہ اندرونی نزف نہ ہو، تو اس صورت میں اگر درد ہو بھی، تو بالعموم زیادہ نہیں ہوتا۔ ٹیوبل پریگننسی (tubal pregnancy= انبوبی حمل) کے عام انجام تین ہیں، یعنی مول (mole= جنین کاذب) کی تکوین، ایبارشن (اسقاط)، اور ریپچر (انشقاق)۔ یہ انجام سب کے سب کیسہ کے اندر جس میں کہ اووم (بیضہ) ہوتا ہے، یا کیسہ کی دیواروں میں نزف ہونے سے ہوتے ہیں۔ ایسا شاذ و نادر ہوتا ہے کہ اکسٹرا یوٹراین (خارج الرحم) حمل پورے دن ہونے تک قائم رہے۔ ٹیوبل پریگننسی (انبوبی حمل) کی بیشتر اصابتوں کے خطرناک انجام کی وجہ فلوپی انبوب کی تشریحی ساخت پر منحصر ہے۔ جب اووم (بیضہ) رحم میں پیوست ہو جاتا ہے، تو اس کو ایک دبیز عروقی غشاء 163
یعنی اینڈومیٹریم (درون رحمہ) ملتی ہے۔ اس غشاء میں ڈسڈوئل (ساقطی) تغیرات ہوتے ہیں، اور اس کی دبازت معتد بہ حد تک بڑھتی ہے، اور اس میں بہت سے عروقِ شعریہ، چھوٹی شریانیں، اور وریدیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کی تکوین کے وقت ڈسڈوا (غشاء ساقط) میں کوئی عظیم نزف واقع نہیں ہوتا۔ چھوٹے عروق پر ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کا حملہ ہونے سے جو جریانِ خون واقع ہوتا ہے، وہ مقدار میں خفیف ہوتا ہے، لہٰذا وہ اووم (بیضہ) کے لئے خطرہ کا باعث نہیں ہوتا۔ برعکس اس کے، فالوپین ٹیوب (فلوپی انبوب) میں، قطع نظر مخاطی غشاء کی شکنوں کے جو بڑھتے ہوئے اووم (بیضہ) کو جگہ دینے کے لئے کافی بڑی نہیں ہوتیں، سرحلمہ اور عضلہ کے درمیان بہت تھوڑی اتصالی بافت ہوتی ہے، اور دبیز ڈسڈوا (غشاء ساقط) بالکل نہیں ہوتا کہ جس میں اووم (بیضہ) نشوونما پا سکے۔ فالوپین ٹیوب (فلوپی انبوب) میں ڈسڈوئل (ساقطی) تغیرات تو واقع ہوتے ہیں، لیکن کوئی دبیز ڈسڈوا (غشاء ساقط) تکوین نہیں پاتا، کیونکہ اتصالی بافت کی کوئی دبیز تہ نہیں ہوتی جس سے کہ وہ بن سکے۔ بدین وجہ ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی)، جو کہ اووم (بیضہ) کی بیرونی سطح پر کھودنے والے خلیات کا ایک فعال پرت ہے، فالوپین ٹیوب

(فلوپی انبوب) کے عضلہ میں کھودتا ہے۔ چنانچہ جس کہفہ میں اووم (بیضہ) ہوتا ہے، وہ بیرونی جانب عضلہ اور پریٹونیم (باریطون) سے، اور اندرونی جانب کسی قدر عضلہ اور انبوبی مخاطی جھلّی سے بنتا ہے۔ ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کا حملہ بعض بڑے عروق پر ہوتا ہے، اور جب یہ کھل جاتے ہیں، تو جوئے خون کا فشار اکثر اس قابل ہوتا ہے کہ فیٹل سیل ماس (fœtal cell-mass = جنینی خلوی تودہ) کی مقاومت کو توڑ ڈالے۔ اس کا نتیجہ یہ ہے کہ ٹیوبل پریگننسی (انبوبی حمل) میں اووم (بیضہ) کے اندر نزف ہونا ایک عام بات ہے۔ بلڈ مول (blood-mole = دموی جنین کاذب) کی تکوین جو کہ رحمی حمل میں شاذ ہوتی ہے، ٹیوبل پریگننسی (انبوبی حمل) میں ایک عام امر ہے جب اووم (بیضہ) نزف سے برباد ہو جاتا ہے، یعنی ٹیوبل مول (انبوبی جنین کاذب) میں مبدّل ہو جاتا ہے، تو نزف رک جاتا ہے۔ اس صورت میں کوئی شدید علامات نہیں ہوتے، اور ممکن ہے کہ مول (جنین کاذب) بتدریج جذب ہو جائے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ ممکن ہے کہ ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کا کھود دینے والا عمل فالوپین ٹیوب (فالوپی انبوب) کی دیوار کو اس قدر کمزور کر دے کہ وہ تناؤ میں کسی بیشی کی متحمل نہ ہو کر ٹوٹ جائے۔ یا ممکن ہے کہفہ کی جس میں کہ اووم (بیضہ) ہوتا ہے، اندرونی دیوار ٹوٹ جائے، گویا فلوپین ٹیوب (فالوپی انبوب) کے اندر نزف واقع ہو جائے، اسے انٹرنل ریپچر (internal rupture = اندرونی انشقاق) کہتے ہیں۔ ان اصابتوں کا آئندہ مدار اس امر پر منحصر ہے کہ ابڈامینل آسٹیم (abdominal osteum = شکمی فم) بند ہے، یا کھلا۔ اگر وہ کھلا ہوگا، تو خون باہر نکلکر پریٹونیل کیویٹی (باریطونی کہفہ) میں آئے گا، بعض اوقات محض تقاطر ہوگا، اور بعض اوقات بڑی دھاریں آئے گا۔ جب ایسا واقع ہوتا ہے، تو اس حالت کو ٹیوبل ایبارشن (tubal abortion = انبوبی اسقاط) کہتے ہیں۔ طلبا اکثر خیال کرتے ہیں کہ ٹیوبل ایبارشن (انبوبی اسقاط) میں، مول (جنین کاذب) رحم میں چلا جاتا ہے، اور براہ ویجائنا (مہبل) نکلتا ہے۔ یہ کہنا ناممکن ہے کہ انٹرسٹشل پریگننسی (interstitial pregnancy = بین خلائی حمل) کی اصابتوں میں ایسا کبھی نہیں ہوتا، لیکن ایسا ہونا اتنا نادرالوقوع ہے کہ اسے قطعاً نظر انداز کیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات مول (جنین کاذب) اپنے انضمامات سے مکمل طور پر جدا ہو جاتا ہے، اور کم و بیش نزف کے ساتھ، فالوپین ٹیوب (فالوپی انبوب) کے ابڈامینل آسٹیم (شکمی فم)

164

کی راہ سے پریٹونیل کیویٹی (باریطونی کہفہ) میں نکل پڑتا ہے۔ اسے کمپلیٹ ٹیوبل ابارشن (مکمل انبوبی اسقاط) کہتے ہیں۔ اگر ابڈامینل آسٹیم (شکمی فم) سے جریانِ خون ہو چکنے کے باوجود مول (جنین کا ذب) ہنوز اپنی جگہ پہ لگا رہے، تو اسے مسڈ ٹیوبل ابارشن (missed tubal abortion = غیر خارج انبوبی اسقاط)، یا ٹیوبل مول (انبوبی جنین کا ذب) کہتے ہیں۔ یہ ممکن ہے کہ فالوپین ٹیوب (فالوپی انبوب) میں نزف ہونے پر بھی مول (جنین کا ذب) کی تکوین نہ ہو، لیکن ایسا شاذ و نادر ہو گا۔ بخلاف اس کے اگر جب ٹیوبل ریپچر (انبوبی انشقاق) واقع ہوتا ہے تو نزف سے اووم (بیضہ) برباد نہیں ہوتا۔ ٹیوبل ریپچر (انبوبی انشقاق) کا مطلب یہ ہے کہ فالوپین ٹیوب (فالوپی انبوب) کی بیرونی دیوار کا تسلسل ٹوٹ جاتا ہے۔ یہ ہمیشہ ایسا تند عمل نہیں ہوتا جیسا کہ لفظ ریپچر (انشقاق) سے مترشح ہوتا ہے، ایسی صورت کے لئے "ثقب" زیادہ موزوں لفظ ہے۔ بذریعہ عملیہ جدا کئے ہوئے نمونوں کا معائنہ کیا جائے، تو اکثر اوقات کچھ کمزور جگہیں پائی جاتی ہیں کہ جہاں ٹروفو بلاسٹ (ناہضہ پرورشی) نے تکوین پلیسنٹا (مشیمہ) کے عمل میں فالوپین ٹیوب (فالوپی انبوب) کی دیوار میں سوراخ کر دیا ہے حتیٰ کہ یہ پری ٹونیل (باریطونی) پرت تک پہنچ گیا ہے، بلکہ کبھی کبھی پریٹونیم (باریطون) بھی برباد ہو گیا ہے۔ بعض اوقات کوئی انثقاب پایا جاتا ہے، جو فائبرن کے ایک چھوٹے قطعہ کے ذریعہ سر بمہر ہو گیا ہے۔ اسے کانسیلڈ ریپچر (concealed rupture = مخفی انشقاق) کہتے ہیں۔ مگر یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ انٹرولس سپیس (intervillous space = بین خملی فضا) بھی موجود ہوتی ہے کہ جس میں خون بھرا ہوتا ہے، اور خون اُن مادری عروق سے بہا ہوا ہوتا ہے، جن کی دیواریں ٹروفو بلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کے باعث برباد ہو چکتی ہیں۔ اگر یہ انٹرولس سپیس (بین خملی فضا) فالوپین ٹیوب (فالوپی انبوب) کی دیوار کے انثقاب کے ساتھ تعلق قائم کرے، تو خون پری ٹونیل کیویٹی (باریطونی کہفہ) میں آجاتا ہے۔ ایک اور قسم کا ریپچر (انشقاق) ان مثالوں میں دیکھنے میں آتا ہے جن میں کہ ایک بڑے عروق کی دیوار کو ٹروفو بلاسٹ (ناہضہ پرورشی) نے برباد کر دیا ہو۔ اس صورت میں خون کا ایک ہلہ ہوتا ہے، جو اس کمزور جگہ کو جس کو مخفی ریپچر (انشقاق) کے نام سے پکارا گیا ہے، توڑ کر نکل جاتا ہے، چنانچہ شریان براہ راست پریٹونیل کیویٹی (باریطونی کہفہ) میں خون بہاتی ہے۔ عملیہ کرتے وقت یہ شاذ نہیں ہے کہ ٹیوبل (انبوبی) دیوار کے

سوراخ سے خون اچھل کر نکلتا ہوا پایا جائے۔ دیگر صورتوں میں رپچر (انشقاق) کی وجہ یہ معلوم ہوتی ہے کہ جس کہفہ میں اووم (بیضہ) ہوتا ہے، نزف واقع ہو کر اس کہفہ میں فشار کی زیادتی ہو جاتی ہے، نزف کا یہ سبب ہوتا ہے کہ تکوین پلیسنٹا (مشیمہ) کے عمل کے دوران میں بڑے عروق متاکل ہو جاتے ہیں، یا بائی مینویل (دو دستی) امتحان کیا جاتا ہے، یا مریضہ کانکھتی ہے۔ اووم (بیضہ) کے ایک بلڈ مول (دموی جنین کاذب) میں تبدیل ہو جانے کے یہ معنی نہیں ہیں کہ فالوپین ٹیوب (فالوپی انبوب) کے رپچر (انشقاق) کے خطرہ سے مریضہ محفوظ ہو جاتی ہے۔ اگر ابڈامینل آسٹیم (شکمی فم) بند ہو جائے، اور کسی تازہ نزف کی وجہ سے فالوپین ٹیوب (فالوپی انبوب) میں تناؤ کچھ بھی بڑھ جائے، تو خواہ یہ تازہ نزف ٹروفوبلاسٹ (ناہضہ پرورشی) کے تاکل سے ہو، یا فشار خون کی زیادتی سے ہو، یا ٹیوب (انبوب) کے حقیقۃً بھینچنے سے ہو، یا کسی وجہ سے بھی ہو، کمزور ٹیوبل (انبوبی) دیوار کو توڑ دینے کے لئے کافی ہوتا ہے۔

165 # تشخیص ابتدائی اکسٹرا یوٹرائن پریگننسی (خارج الرحم حمل) اور ایبارشن (اسقاط) کے مابین

بغیر امتحان کئے یہ فرض کر لینا کہ حمل کے ابتدائی زمانہ کا جریان خون، تھریٹنڈ ایبارشن (threatened abortion = محظور اسقاط) ہی کا نتیجہ ہے، کبھی خالی از خطر نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ جریان خون رحمی حمل کی بعض دیگر پیچیدگیوں، یا اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل کی وجہ سے ہو۔ بیشتر صورتوں میں اگر علامات اور طبعی امارات پر محتاط غور و خوض کیا جائے تو انٹرا یوٹرائن (intra-uterine = داخل الرحم) اور اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل کے مابین تشخیص کرنے میں مدد ملتی ہے۔ عام طور پر قاعدہ یہ ہے کہ حمل کے ابتدائی زمانہ میں شدید نزف اور خفیف درد کی وجہ تھریٹنڈ (محظور) یا ان ایوٹیبل (ناگزیر) ایبارشن (اسقاط) ہوتی ہے، بخلاف اس کے شدید درد اور خفیف نزف اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم)

حمل کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل میں مریضہ اکثر اوقات یہ بیان کرتی ہے کہ درد ویجائنا (مہبل) اور ریکٹم (rectum= مستقیم) کی طرف جاتا ہے۔ رحم سے خارج شدہ تھوڑے سے خون سے غشی، سرعت نبض، سپیدی رنگت سب کی توجیہ نہیں ہو سکتی۔ خون کی نوعیت، یعنی اس کا سیاہ "کافی گراونڈ (coffee-ground= دُردِ قہوہ)" کی مانند مادہ ہونا شروع ہی سے یہ سمجھاتا ہے کہ اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل موجود ہے۔ عموماً اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل میں سروکس (عنق) اتنا نرم نہیں ہوتا، جتنا انٹرا یوٹرائن (داخل الرحم) حمل میں ہوتا ہے۔ لیکن ایک دی ہوئی اصابت میں یہ کہنا کہ سروکس (عنق) امید کے مطابق نرم ہے کہ نہیں، ہرگز آسان نہیں ہے، بالخصوص اگر سروکس (عنق) کا امتحان "تا کل" کی موجودگی سے پیچیدہ ہو جائے۔ اگر بائی مینوئل (دو دستی) امتحان کیا جائے، تو اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل میں جسم رحم اتنا بڑھا ہوا نہیں پایا جاتا اور نہ اتنا نرم یا اتنا گلوب نما ہوتا ہے کہ جتنا انٹرا یوٹرائن (داخل الرحم) حمل میں ہوتا ہے۔ اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل میں ہیگر (Hegar) کی امارت نہیں معلوم کی جا سکتی۔ اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل کی صورت میں محتاط بائی مینوئل (دو دستی) امتحان کیا جائے، تو عموماً رحم کے ایک جانب، یا ایک جانب اور پیچھے، ایک ورم پایا جاتا ہے، بشرطیکہ مریضہ موٹی تازی یا نازک نہ ہو۔ اگر بائی مینوئل (دو دستی) امتحان دشوار ہو تو ایک این استھیٹک (معدم حس) دینا چاہیے۔ تشخیص کے لئے ایک نہایت مشکل صورت اس وقت پیش آتی ہے جبکہ کسی موٹی تازی عورت کو چھوٹا سا اووَرین سسٹ (ovarian cyst= مبیضی دویرہ) ہو، اور ساتھ ہی اس کو تھریٹنڈ مس کیرج (محظور املاص) بھی ہو۔ ایسی صورت میں تشخیص کرنے میں نہایت اہم نکات، درد کی مقابلۃً عدم موجودگی، کثافت رحم اور جریان خون کی نوعیت ہے۔

تیرہ یا تقریباً تیرہ ہفتہ کے حامل رحم کی ریٹرو ورشن (پس گردیدگی) اور ریٹرو یوٹرائن ہیمٹوسیل (retro-uterine hæmatocele= پس رحمی قیلۂ دمویہ) کے درمیان تشخیص

تاوقتیکہ محتاط امتحان نہ کیا جائے، ان کیفیتوں میں آسانی سے گڈمڈ واقع ہو سکتی ہے۔

ریٹرو یوٹرائن ہیمٹوسیل (پس رحمی قیلۂ دمویہ) سے مراد خون کا ایک اجتماع ہے جو عموماً حامل فالوپین ٹیوپ (انبوبۂ فالوپی) سے آتا ہے (دیکھو امراض النساء)، اور پیلوس (حوض)
166 میں دویرہ بند ہو جاتا ہے (دیکھو تصویر ۳۶) اِس کا حدود اربعہ یہ ہوتا ہے: نیچے پوچ آف ڈگلس (pouch of Douglas = ڈگلس کی جیب)، سامنے رحم اور براڈ لگامنٹز (broad ligaments = رباطات عریض)، پیچھے معاء مستقیم اور سیکرم (sacrum)، اوپر امعا کی باہم گنتھی ہوئی گنڈلیاں اور اومنٹم (omentum = ثرب)، اور اگر ایک بڑا اجتماع ہوا تو



تصویر ۳۶ (خاکہ نما) بڑا ہیمٹوسیل (قیلۂ دمویہ) جو پیلوس (حوض) کو معمور کر رہا ہے اور اوپر شکم تک پہنچ رہا ہے۔ رحم اوپر کی جانب اور آگے کی جانب ڈھکیل گیا ہے۔

اگلی شکمی دیوار کا نچلا حصہ بھی۔ اگر ریٹرو یوٹرائن ہیمٹوسیل (پس رحمی قیلۂ دمویہ) کافی بڑا ہو تو ممکن ہے کہ اس کی طبعی امارات، حامل رحم کی ریٹرو ورشن (پس گردیدگی) کی طبعی امارات سے بہت مشابہ ہوں۔ دونوں صورتوں میں ممکن ہے کہ احتباس بول ہو۔ دونوں صورتوں میں سروکس (عنق) بلندی پر ہوتا ہے، اور اس تک رسائی دشوار ہوتی ہے، اور دونوں صورتوں میں

پوچ آف ڈگلس (ڈگلس کی جیب) ایک لچکدار ورم سے معمور ہوتی ہے۔ تفریقی تشخیص روداد مرض اور طبیعی امارات کو ملحوظ رکھتے ہوئے کرنا چاہیے۔

روداد

حامل رحم کی ریٹروورشن (پس گردیدگی) کی صورت میں جبکہ یہ احتباس بول کا باعث ہو رہی ہو، عموماً یہ روئداد ہوتی ہے۔ تین ماہ کا امینوریا (amenorrhea = احتباس الطمث) جس کے ساتھ بے قاعدہ نزف نہیں ہوتا، اور نہ کوئی درد تاوقتیکہ مثانہ کا تناؤ دردناک نہ ہو۔ ہیمٹوسیل (قبیلۂ دمویہ) کی صورت میں عموماً یہ روئداد ہوتی ہے، تین ماہ سے کم کا امینوریا (احتباس الطمث)، اور بے قاعدہ نزف۔ یا تو درد ہوتا ہے یا پہلے ہو چکا ہوتا ہے۔ اکثر اوقات عدم دمویت کافی درجہ تک ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ خفیف تپ بھی ہو۔ اگر اول الذکر صورت 167
کے ہمراہ تھریٹنڈ ابارشن (محظور اسقاط) سے جریان خون بھی ہوا ہو یا ہو چکا ہو، تو تفریقی تشخیص میں روداد مرض کم اہمیت رکھتی ہے۔ خوش قسمتی سے ایسا اجتماع شاذ و نادر ہوتا ہے۔

امارات

مثانہ خالی کیا جاتا ہے، اس کے بعد ممکن ہے کہ دونوں صورتوں میں حوض کی برم (گگر) میں ایک لچکدار ورم محسوس ہو۔ اگر ہیمٹوسیل (قبیلۂ دمویہ) بڑا ہو، تو وہ ایک ورم پیدا کرتا ہے جو حوض کی گگر سے بلند ہو جاتا ہے، جس کرنے پر الیم ہوتا ہے، اور ہلکے قرع سے اس کا کچھ حصہ گمگ وار پایا جاتا ہے۔ سرسری ویجائنل (مہبلی) اور بائی مینوئل (دو دستی امتحان) کرنے پر ممکن ہے کہ طبیعی امارات دونوں صورتوں میں یکساں معلوم ہوں، لیکن غائر امتحان کرنے پر، اور بشرط ضرورت این ایس تھیٹک (anæsthetic = معدم حس) کے تحت امتحان کرنے پر، جسم رحم ہیمٹوسیل (قبیلۂ دمویہ) کے سامنے محسوس ہوگا۔ اگر پیلوس (حوض) پورے کا پورا ورم سے معمور ہو، تو سروکس (عنق) کی مقامیت تفریقی تشخیص میں کوئی رہنمائی نہیں کرتی۔ اگر ریٹروورٹڈ (پس گردیدہ) حامل رحم اتنا بڑا نہ ہو، اور پیلوس (حوض) کو کامل طور پر پُر نہ کر سکے، تو ممکن ہے کہ سروکس (عنق) ذرا آگے کی جانب ابھرا ہوا پایا جائے۔ مگر ان اصابتوں میں جن میں پیلوس (حوض) کامل طور پر ریٹروورٹڈ (پس گردیدہ) حامل رحم یا ہیمٹوسیل (قبیلۂ دمویہ) سے پُر

ہوتا ہے، سروِکس (عنق) صرف بہت زیادہ اوپر کو اور آگے کی جانب واقع ہوتا ہے، یعنی سمفزِ پیوبس (ارتفاق عانہ) کی چوٹی کے مقابل یا اس سے بھی اوپر واقع ہوتا ہے۔

اگر پوچ آف ڈگلس (ڈگلس کی جیب) کو معمور کرنے والے تودہ میں انقباضات محسوس ہوں، تو یہ ضرور جسم رحم ہے۔ تفریقی تشخیص میں ایک مفید نکتہ یہ ہے کہ عقبی ویجائنل (مہبلی) دیوار کی حالت کیا ہے۔ ریٹرو ورٹڈ (پس گردیدہ) حامل رحم کی صورت میں اس دیوار کو پوچ آف ڈگلس (ڈگلس کی جیب) کے اندر تودہ کی سطح پر کسی قدر پھسلایا جاسکتا ہے، لیکن ہیمٹوسیل (قیلۂ دمویہ) کی صورت میں یہ دیوار بہت زیادہ مثبّت محسوس ہوتی ہے۔

پورے دن کا اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل۔ ایسا نہایت شاذ و نادر ہوتا ہے کہ اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل پورے دنوں تک قائم رہے۔ ان صورتوں میں اگر مریضہ درد کی شکایت نہ کرے، تو عموماً حمل کے غیر طبعی ہونے کا شبہ صرف اس وقت گزرتا ہے جب کہ وضع حمل کی متوقع تاریخ گذر جاتی ہے۔

امارات

محتاط شکمی امتحان کرنے پر یہ دیکھا جاتا ہے کہ بچہ غیر معمولی آسانی سے محسوس ہوتا ہے۔
بائی مینوئل (دودستی) امتحان کرنے پر یہ محسوس ہوتا ہے کہ رحم مستحکم، ٹھوس اور نسبتہً چھوٹا ہے، کہ
یہ صرف تقریباً اس جسامت تک بڑھا ہوا ہے جو تین ماہ کے طبعی حمل کے مطابق ہوتی ہے،
اور یہ اس تاچہ کے کہ جس میں اووم (بیضہ) ہے، نیچے اور ایک طرف واقع ہے۔ اس وقت
جبکہ وضع حمل کی توقع ہوتی ہے، ایک ایسا وضع حمل واقع ہوتا ہے جسے "ماک لیبر (mock
68 labour = نقلی وضع حمل) کہتے ہیں، یعنی رحم منقبض ہوتا ہے اور مریضہ کو "درد" محسوس
ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک خفیف شو (show = نمود خون) ہو۔ امتحان کرنے پر ثابت
ہوگا کہ سروکس (عنق) کا کسی قدر اتساع موجود ہے، لیکن اغشیہ کی تھیلی نہیں پائی جائے گی۔
یہ درد چوبیس گھنٹہ یا اس سے زیادہ دیر تک جاری رہکر بند ہوجاتے ہیں۔ اس کے بعد کوئی
مزید ثبوت اس امر کا نہیں رہتا کہ جنین زندہ ہے، چنانچہ جنینی حرکات اور جنینی ضرباتِ
قلب بند ہو جاتی ہیں۔ لائکر ایمنیائی (رحل) کے انجذاب کے باعث شکمی ورم بتدریج
زیادہ چھوٹا اور سخت ہو جاتا ہے۔ بعد میں اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) تاچہ میں جو تغیرات

وقوع پذیر ہوتے ہیں مثلاً ممیفیکیشن (mummification = تحنیط) اور جنین کی لیتھوپیڈین فارمیشن (lithopædion formation = تحجّر) اور تقیح ان کا بیان کتاب امراض النسا میں پایا جائے گا۔

ترقی یافتہ اکسٹرا یوٹرائن پریگنینسی (خارج الرحم حمل) کا علاج

ترقی یافتہ اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل پائے جانے کی توجیہہ اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ جب فالوپین ٹیوب (فالوپی انبوبہ) کی دیوار شق ہوتی ہے، تو زندہ اور غیر مضرور کوریانک ولائی (سلوی خملات) منکشف ہو جاتے ہیں، اور بالکل متصل ساختوں سے مثلاً اومنٹم (omentum = ثرب)، رحمی دیوار، براڈ لگامنٹ (رباط عریض) اور معاء سے چپاں ہو جاتے ہیں۔ بعض صورتوں میں اووم (بیضہ) کا احاطہ کرنے والا تاچہ زیادہ تر براڈ لگامنٹ (رباط عریض) کا بنا ہوتا ہے، اور بعض صورتوں میں وہ خاص طور پر "اکتسابی" ہوتا ہے، یعنی انضمامات کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ ایک بدیہی امر ہے کہ جب پلیسنٹا (مشیمہ) ایسی ساختوں مثلاً امعاء، پیلوک پریٹونیم (pelvic peritoneum = حوضی باریطون) وغیرہ سے جدا ہو، تو ناقابل انسداد جریان خون کا خطرہ ہے۔ لہٰذا اگر اکسٹرا یوٹرائن (خارج الرحم) حمل کے ساتھ زندہ جنین، حمل کے آخری مہینوں میں تشخیص ہو، تو بہترین علاج یہ ہے کہ مریضہ پر پوری نگاہ رکھی جائے، اور صرف اس وقت عملیہ کیا جائے جب کہ پوری میعاد کے بعد بھی تین ماہ گزر جائیں۔ اس وقت مشیمہ میں علقیت پیدا ہو جائے گی، اور بغیر کسی خطرناک جریان خون کے مشیمہ اپنی پیچیدگیوں سے علیحدہ کیا جا سکتا ہے۔

اگر تشخیص کے متعلق کوئی شبہ ہو، تو قبل اس کے کہ شکم کھولا جائے، رحم کا استقصاء کر کے تشخیص طے کر لینی چاہیئے۔

169

باب ہفدہم

ہائڈرامنیاس (HYDRAMNIOS = کثرت رحل)

اس اصطلاح سے مراد لائکر امینیائی (رحل) کی ایک مفرط مقدار کا موجود ہونا ہے۔ یہ امر معلوم نہیں کہ ٹھیک کس قدر مقدار پر مفرط کا لفظ عائد ہو سکتا ہے، کیونکہ طبعی مقدار ہی تقینی طور پر معلوم نہیں، چنانچہ طبعی حالات میں دس سے پچاس آونس کے اختلافات غیر معمولی نہیں ہیں۔ غالباً پوری میعاد پر چھ پائنٹ سے کم کی مقداروں کو سریری حیثیت سے ہائڈرامنیاس (کثرت رحل) نہیں سمجھا جا سکتا۔

لائکر امینیائی (رحل) کی مقدار ممکن ہے کہ بہت بڑے نقطہ تک پہنچ جائے۔ چنانچہ حمل کے پانچویں اور چھٹے مہینہ پر بالترتیب ۱۵ پائنٹ، اور حتیٰ کہ ۳۰ پائنٹ تک کی مثالیں بھی مندرج ہو چکی ہیں۔

سیال کی نوعیت۔ یہ سیال، بلحاظ صورت اور بلحاظ ترکیب، دونوں طرح سے وہی خواص رکھتا ہے جو کہ معمولی لائکر امینیائی (رحل) کے ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ 31)۔ تاہم ممکن ہے کہ یوریا کی مقدار اس میں ذراسی زیادہ ہو۔

سبب۔ سیال کا منبع متنازعہ فیہ امر ہے۔ نظری حیثیت سے ممکن ہے کہ سیال کی وجہ بیش افرازی، یا ناقص انجذاب، یا ان دونوں حالتوں کا اجتماع ہو۔ دو متضاد نظریات پیش کئے گئے ہیں، یعنی بعض ماہرین اس سیال کو مادری اصل کا، اور بعض جنینی اصل کا سمجھتے ہیں۔

مادری اصل کا نظریہ۔ جنین کی فعلیات کا ذکر کرتے ہوئے یہ بیان کیا گیا تھا کہ ایمنیاٹک فلوئڈ (رحل) طبعاً خاص طور پر ماں سے حاصل ہوتا ہے۔ لہذا زیادتی بھی غالباً اسی منبع سے ہوتی ہوگی، اگرچہ یہ ہرگز اس بیان کا لازمی نتیجہ نہیں ہے۔

ممکن ہے کہ وہ مادری امراض جن میں دوران خون کے اختلالات ہوتے ہیں، بالخصوص قلبی، اور کلوی مرض، اور آتشک، پلیسنٹا (مشیمہ) کا تہیج پیدا کریں جس سے ایمنیاٹک سیک (انفسی ناچیہ) میں افراز کی زیادتی ہوجائے۔

تجربہ مادری نظریہ کی تائید کرتا ہے۔ اگر کسی حاملہ خرگوش کی وریدوں میں سوڈیم سلف انڈگوٹیٹ (sulphindigotate) کا اشراب کیا جائے، تو ایمنیاٹک فلوئڈ (رحل) کی نیلی رنگت ہوجائے گی، مگر جنین کے گردوں کی نیلی رنگت نہ ہوگی۔

مذکورہ بالا خیال غالباً صحیح ہے۔ تاہم بہت سے واقعات اس رائے کی تائید 170
کرتے ہیں کہ مفرط مقدار جو طبعی سے زیادہ ہو، جنینی اصل کی ہوتی ہے۔

جنینی اصل کا نظریہ۔ بہت سی اصابتوں میں ماں کا بغور امتحان کرنے پر کسی غیر طبعی حالت کا ثبوت نہیں ملتا، جسے فرض کیا جاسکے کہ یہ ہائڈرامنیاس (کثرت رحل) پیدا کرنے میں حصہ لیتی ہے۔ بخلاف اس کے اکثر جنین کا کچھ نہ کچھ ضرر ضرور پایا جاتا ہے۔ بیان کیا گیا ہے کہ ہائڈرامنیاس (کثرت رحل) کی ٹھیک نصف سے کم مثالوں میں کوئی نہ کوئی جنینی غیر طبعی حالت موجود ہوتی ہے۔

ان غیر طبعی حالتوں میں سے انن فیفالس (anencephalus = عدم الدماغ) اور سپائنا بائیفڈا (spina bifida = شوکۂ مشقوقہ) قابل ذکر ہے۔ ان حالتوں میں سیال کی وجہ یہ فرض کی گئی ہے کہ کھلے ہوئے دماغی اور نخاعی مراکز کا ہیجان، بولی افراز میں بیشی پیدا کرتا ہے۔ ہائڈرامنیاس (کثرت رحل) کے ساتھ دیگر تشوہات، جیسے ہیر لپ (harelip = خرگوش لبی)، کلب فٹ (clubfoot = گرزپائی)، ایکٹوپیا ویسیکی (ectopia vesicæ = بے جائی مثانہ) بھی پائے جاسکتے ہیں۔

کارڈ (حبل) یا جنین کے اندر عروقی انسداد پیدا کرنے والے ضررات بھی پائے گئے ہیں، اور یہ دکھایا گیا ہے کہ اگر امبلائکل وینز (umbilical veins = سری وریدوں) میں دورانِ خون کی رکاوٹ ہوجائے تو حبل سے اور پلیسنٹا (مشیمہ) کی جنینی سطح سے سیال کا ارتشاح ہوتا ہے۔

یہ رکاوٹ نام نہاد واسا پروپریا (vasa propria=عروق حقیقی) کے باقی رہنے سے بھی پیدا ہو سکتی ہے، جو کہ عموماً حمل کے متاخر نصف حصہ میں مسدود ہو جاتے ہیں۔ بقول دیگر مشاہدین کے، کوریانک ولائی (سلوی خملات) کی شریانوں کے طبقات میں امحائی تغیرات بھی مماثل اثرات پیدا کر سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس رکاوٹ کی وجہ امبلائکل وینز (سری وریدوں) میں تنگی یا علقیت ہو، یا امبلائکل کارڈ (umbilical cord=حبل السّری) میں مروڑ پڑنا ہو۔ ممکن ہے کہ یہ رکاوٹ خود جنین ہی کے اندر ہو، مثلاً متعدد واقعات میں جگر میں سرہاٹک (cirrhotic= کبادی) تغیرات پائے گئے ہیں۔ یہ ضروری نہیں کہ یہ سرہاٹک (کبادی) تغیرات آتشکی نوعیت کے ہوں۔

واقعات کی کچھ تعداد میں رکاوٹ کی وجہ قلبی غیر طبعی کیفیات ہوتی ہیں۔ چنانچہ دائیں اذین کی اکلوژن (occlusion= مسدودیت)، ٹرائی کسپڈ ان سفی شنسی (tricuspid insufficiency= مثلثی عدم کفایت)، پلمنری آرٹریز (pulmonary arteries= ریوی شریانوں) اور ایارٹا (aorta= اورطی) کی تنگی، سب مشاہدہ کیے جا چکے ہیں۔

بعض کا یہ بھی خیال ہے کہ سیال کی زیادتی کی وجہ جنین کے بولی افراز کا بہت بڑھ جانا ہے
یہ امر کہ جنین ایمنیاٹک کیویٹی (اتفسی کہفہ) میں پیشاب کر سکتا ہے، معلوم ہے۔ ہائڈر ایمنیاس (کثرت رحل) کے جنینی الاصل ہونے کی تائید میں خیال اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ یہ کیفیت یونیوولر (یک بیضی) توأموں، انن قیفالی (عدم الدماغ) اور ہر قسم کے جنینی تشوہات کے ہمراہ بھی پائی جاتی ہے۔ ملٹی پل پریگننسی (multiple pregnancy= حمل عدید) (۴۶ توام، اور ۴ ثلاثی) میں ہائڈر ایمنیاس (کثرت رحل) کی ۵۰ اصابتوں کی رودادوں کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ ان میں سے ۲۲ یونیوولر (یک بیضی) توام تھے۔ ہائڈر ایمنیاٹک سیک (hydramniotic sac= کثرت رحلی تاچہ) میں کے جنین کے قلب اور گردے، ایک طبعی توام کے قلب اور
171 گردوں کی نسبت زیادہ بڑے پائے گئے، اور بجائے خود بھی بہت بڑے تھے۔ بہت لوگ یہ خیال کرتے ہیں کہ قلبی بیش پروردگی گردوں کی غیر طبعی فعالیت پیدا کرتی ہے، اور اسطرح ہائڈر ایمنیاس (کثرت رحل) پیدا کرتی ہے۔ بقول بعض مصنفین کے، ممکن ہے کہ جنین کی جلد سیال کے پیدا کرنے میں حصہ لیتی ہو۔ چنانچہ ہائڈر ایمنیاس (کثرت رحل) کی صورتوں میں جنین کی جلد دبیز اور شکن دار حالت میں دیکھی گئی ہے۔

آخر میں یہ کہ بعض لوگ امنیان (انفس) کو سیال کا منبع سمجھتے ہیں، کیونکہ ایسے واقعات مندرج ہوئے ہیں جو ظاہر کرتے تھے کہ ارتشاح کی زیادتی کا سبب، امنیان (انفس) کے التہابی تغیرات ہیں۔

ہائڈرا یمنیاس (کثرت رحل) کا بالکل صحیح منبع خواہ کچھ ہی ہو، اس کی تسبیب کے سلسلہ میں کئی دلچسپ حقیقتیں ایسی ہیں جو یاد رکھنے کے قابل ہیں۔ مثلاً یہ کہ ہائڈرا یمنیاس (کثرت رحل) ایک پرمی گریویڈا (اولیں حاملہ عورت) کی بہ نسبت، ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورت) میں زیادہ عام ہوتا ہے اور ۷۵ فی صدی واقعات میں جنین نرینہ ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ کیفیت اکسٹرا یوٹرائن پریگنینسی (برون رحمی حمل) میں بھی پائی گئی ہے، اور جیسا کہ پہلے ہی بیان ہو چکا ہے، ممکن ہے کہ توام حمل کی صورتوں میں اُس سے صرف ایک ہی بیضہ متاثر ہو۔

اقسام

ہائڈرا یمنیاس (کثرت رحل) کی دو اقسام میں اچھی طرح امتیاز کرنا چاہیے، مزمن اور شدید۔

مزمن ہائڈرا یمنیاس (کثرت رحل)۔ نہایت عام طور پر وہ قسم دیکھنے میں آتی ہے جو کہ مزمن ہے۔ یہ جیسا کہ اس کے نام سے ظاہر ہے، آہستہ ترقی کرتی ہے۔ مزمن قسم عموماً حمل کے چوتھے یا پانچویں ہفتہ تک ظاہر نہیں ہوتی۔ بشرطیکہ جسامت میں دفعتاً کوئی زیادتی نہ ہو، یہ قسم عموماً زیادہ تکلیف نہیں پیدا کرتی۔ ممکن ہے کہ مریضہ شکم کے غیر معمولی جسامت کا ہونے کی شکایت کرے، اور جنین کی غیر معمولی حرکت پذیری محسوس کرے۔ جب شکم بہت زیادہ پھول جاتا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ فلیٹولنس (flatulence = ریحت)، اور سوءِ ہضم کی شکایت کرے۔ چونکہ ڈایافرام (diaphragm = حجاب حاجز) پر اوپر کی جانب دباؤ پڑتا ہے لہٰذا ممکن ہے کہ وہ دل کی دھڑکن اور بُہر کی بھی شکایت کرے، اور اس کو کسی قدر سایانوسس (زراق) بھی ہو۔ ٹانگوں میں ویریسز (varices = دوالیات) اور تہبج کے پیدا ہونے کا بھی امکان ہے۔ بہر کیف یہ ایک حیرت انگیز واقعہ ہے کہ شکم سیال کی بہت بڑی مقدار کا متحمل ہو سکتا ہے، بشرطیکہ سیال آہستہ آہستہ بنا ہو۔

حاد ہائڈرا یمنیاس (کثرت رحل)۔ مگر ایک دوسری قسم بھی ہے جو کہ زیادہ

شاذ ہے اور جسے حاد ہائڈر ایمنیاس (کثرت رحل) کہتے ہیں۔ اس قسم میں سیال تیزی سے جمع ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ نسبتہً بہت خفیف درجہ کے تمدد سے تکالیف پیدا ہوں، یہ تکالیف مریضہ کی زندگی کو خطرہ میں ڈالنے کے لئے کافی سخت ہوتی ہیں۔ سیال کے تیزی سے بننے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ رحم اور شکم اپنے آپ کو زیادتی فشار کے ساتھ متوافق نہیں کر سکتے۔ مریضہ سخت درد محسوس کرتی ہے، شدید قے میں مبتلا ہوتی ہے، اور مہلک اصابتوں میں تپش اور رفتار نبض بڑھ جاتی ہے اور پھر موت ہو جاتی ہے۔ حاد ہائڈر ایمنیاس (کثرت رحل) کے وقوع کا نہایت عام وقت، حمل کا قریب قریب وسط ہے۔ اکثر اوقات حاد ہائڈر ایمنیاس (کثرت رحل) یونیوڈلر (یک بیضی) توأموں کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔

72

طبعی امارات

ہائڈر ایمنیاس (کثرت رحل) کی ایک نہایت نمایاں اصابت میں حسب ذیل امارات مشاہدہ کئے جا سکتے ہیں۔ حمل کی مدت کے مدنظر، شکم معمول سے زیادہ بڑا ہوتا ہے، اور رحم کا فنڈس (قعر) زیادہ بلند لیول پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شکمی دیوار بہت زیادہ پتلی ہو گئی ہو، اور ریکٹائی (recti = عضلات مستقیمہ) بہت جدا ہو گئے ہوں۔ رحم کی دیوار معمول سے زیادہ تنی ہوئی محسوس ہوتی ہے۔ رحم کی کثافت میں جو طبعی طور پر تغیرات پائے جاتے ہیں، ممکن ہے وہ موجود نہ ہوں۔ رحمی دیوار کے تمدد کی وجہ سے جنین کے حدود کا وضاحت کے ساتھ نشان زد کرنا مشکل ہوتا ہے، مگر جنین غیر معمولی طور پر حرکت پذیر ہوتا ہے اور اکسٹرنل بیلاٹمنٹ (external ballottement = خارجی ہنہز) بہت خوبی کے ساتھ نمایاں ہوتا ہے۔ جنین کی غیر معمولی حرکت پذیری کی وجہ سے اکثر اوقات میلپوزیشنز (ناقص وضعات) پیدا ہو جاتی ہیں۔ تموج اور سیالی ذبذبہ غیر معمولی آسانی سے محسوس ہوتا ہے۔ جنینی ضربات قلب کا سننا مشکل ہوتا ہے، کیونکہ رحمی دیوار اور جنین کے مابین سیال کی بیحد مقدار کی موجودگی آواز کو دبا دیتی ہے۔ ممکن ہے ولوا (فرج) اور شکمی دیوار کا تہیج موجود ہو۔

تفریقی تشخیص

مزمن ہائڈرامنیاس (کثرت رحل) ۔ اس حالت میں اور معمولی حمل میں تفریق کرنے میں مذکورہ بالا امور مدد دیتے ہیں۔ مگر دوران حمل میں ہائڈرامنیاس (کثرت رحل) کے علاوہ کئی دیگر اسباب بھی ہیں جو رحم کی غیر معمولی کلانی پیدا کرتے ہیں۔

ملٹیپل پریگننسی (عدید حمل) ۔ بعض اوقات ہائڈرامنیاس (کثرت رحل) سے اس حالت کی تفریقی تشخیص کرنا تقریباً ناممکن ہوتا ہے، بالخصوص اس وجہ سے کہ توام حمل کے ہمراہ اکثر اوقات ہائڈرامنیاس (کثرت رحل) بھی پایا جاتا ہے۔ اس صورت میں عموماً ہائڈرامنیاس (کثرت رحل) پہچان لیا جاتا ہے، لیکن ملٹی پل پریگننسی (عدید حمل) تشخیص نہیں ہوتی۔ مگر جب ملٹی پل پریگننسی (عدید حمل) ہائڈرامنیاس (کثرت رحل) سے پیچیدہ نہیں ہوتی، تو تشخیص زیادہ آسانی سے کی جا سکتی ہے، کیونکہ رحم چھونے پر زیادہ سخت معلوم ہوتا ہے اور جس کرنے پر ایک سے زیادہ جنینی سر اور چھوٹے حصوں کی ایک غیر معمولی تعداد پائی جاتی ہے۔ مزید برآں یہ کہ ایک سے زیادہ جنینی قلب، مختلف مقامات پر اور مختلف رفتاروں سے حرکت کرتے ہوئے سنے جا سکتے ہیں۔ تشخیص طے کرنے کے لئے ایک لاشعاعی عکس نگاشت کی ضرورت ہوتی ہے۔

اوویرین سسٹ (مبیضی دویرہ) ۔ اگر اوویرین سسٹ (مبیضی دویرہ) کے ہمراہ حمل موجود نہ ہو، تو یہ حالت ہائڈرامنیاس (کثرت رحل) سے حسب ذیل امور کی بناء پر تشخیص کی جاتی ہے۔ علامات حمل کی عدم موجودگی، تودہ کی حرکت پذیری، دست ورزی کرنے پر رحم کا سخت نہ ہونا، اور استماع پر خاموشی۔ بائی مینوئل (دودستی) امتحان یہ ظاہر کرے گا کہ رحم بڑھا ہوا نہیں ہے، اور سلعہ سے علٰحدہ ہے۔

اگر اوویرین سسٹ (مبیضی دویرہ) کے ساتھ حمل بھی موجود ہو، تو ہائڈرامنیاس (کثرت رحل) سے تفریق زیادہ دشوار ہوتی ہے۔ اس تفریق کا انحصار اس امر پر ہے کہ دو سلعات شناخت کئے جائیں، اور ان میں سے صرف ایک سلعہ ایسا ہو جو حامل رحم کے امتیازی
ابارات، جن میں وقفہ دار انقباضات شامل ہیں، ظاہر کرتا ہو۔ مشکوک اصابتوں میں جن میں 173
شکمی تمدد کی وجہ سے کچھ مداخلت ضروری ہو، یہ بہتر ہے کہ پیٹ چاک کیا جائے۔ اگر سسٹ

(دویرہ) موجود ہو تو اس کو کاٹ دیا جاسکتا ہے۔ اس میں حمل کے قبل از میعاد ختم ہو جانے کا زیادہ خطرہ نہیں ہوتا۔

ہائڈیٹڈیفارم مول (ہائڈیٹڈ نما جنین کاذب) بھی رحم کی غیر معمولی کلانی کا سبب ہوسکتا ہے، لیکن اس میں نہ کوئی جنین جس کیا جاسکتا ہے، اور نہ کوئی جنینی قلب سنائی دے سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ خون آلود رطوبت کی، اور نہایت شاذونادر کیسکوں کے نکلنے کی روداد بھی ہو۔

اگر مریضہ نے اپنے آخری باقاعدہ ایام کے متعلق غلطی کی ہو، تو بھی رحم غیر معمولی طور پر بڑا معلوم ہوگا۔ ممکن ہے کہ حمل کے پہلے مہینے کے آخر میں تھوڑا سا ضیاع خون واقع ہوا ہو جس پر ایام کا مغالطہ ہوا ہو لہٰذا اس اضیاع خون کی مدت اور مقدار سے آگاہی حاصل کرنا ضروری ہے۔ آخرالامر یہ کہ کانسیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمرج (پوشیدہ اتفاقی نزف) کی شاذ حالت میں رحم بڑھجاتا ہے مگر اس حالت میں مریضہ ہبوط زدہ ہوتی ہے، اور اندرونی نزف کے امارات ظاہر کرتی ہے، اور رحم تنا ہوا اور الیم ہوتا ہے۔

حاد ہائڈرامینیاس (کثرت رحل)۔ حاد ہائڈرامینیاس (کثرت رحل) میں شکمی دیواروں کے تہیج کی وجہ سے تشخیص اکثر اوقات دشوار ہوتی ہے۔ چونکہ ساتھ ہی ساتھ قے اور تمدد بھی ہوتا ہے، لہٰذا انٹسٹائنل آبسٹرکشن (intestinal obstruction = معائی رکاوٹ) کو خارج از بحث کرنے کی احتیاط کرنا چاہیئے۔

حمل اور وضع حمل پر اثرات۔ جنین کی غیر معمولی حرکت پذیری کی وجہ سے مسپریزنٹیشن (تطریق ناقص) کوئی غیر عام امر نہیں، اور اگر مسپریزنٹیشن (تطریق ناقص) درست نہ کی جائے تو ممکن ہے کہ یہ آب سٹرکٹڈ (مسدود) وضع حمل پر منتج ہو۔ ہائڈرامینیاس (کثرت رحل) میں قبل از میعاد وضع حمل ہونے کا امکان ہوتا ہے، جس کا وقوع ۵۰ فی صدی اصابتوں میں بیان کیا گیا ہے۔ رحمی عضلہ حد سے زیادہ متمدد ہونے کی وجہ سے کمزور رحمی انقباضات پیدا ہوتے ہیں، اور وضع حمل عموماً طویل المدت ہو جاتا ہے۔ اغشیہ قبل از وقت پھٹنے اور کارڈ (حبل) ساقط ہونے پر مائل ہوتی ہے۔ وضع حمل کے بعد رحم کی بے تنشی کی وجہ سے پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد لولادتی نزف) کا میلان ہوتا ہے۔

علاج

ایمنیاٹک فلوئڈ (رحل) کی پیدایش اور انجذاب کی روک تھام کا کوئی طریقہ معلوم نہیں ہے، ماسوا بعض آتشکی اصابتوں کے جن میں ممکن ہے کہ دافع آتشک علاج کامیاب ہو۔ مزمن قسم میں خفیف درجہ کے ہائڈر ایمنیاس (کثرت رحل) کے لئے شاذونادر ہی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ بہرکیف اگر جمع شدہ سیال سے فشاری علامات اتنے شدید ہوں کہ بہر یا دھڑکن کا باعث ہوں تو بلا لحاظ اس کے کہ حمل کس زمانہ تک پہنچ چکا ہے ایبارشن (اسقاط حمل) ضرور کر دینا چاہیئے۔ یہ اس طرح سرانجام دیا جا سکتا ہے کہ سروکس (عنق) کے اندر سے اغشیہ کو منقوب کر دیا جاتا ہے اور سر کو اوپر ڈھکیل دیا جاتا ہے۔

رویٹ (Rivett) نے حال ہی میں اس امر کی سفارش کی ہے کہ شکمی دیوار میں سے رحم کا بزل کر دینا چاہیئے۔ اس کے لئے رحم کا کوئی ایسا حصہ منتخب کرنا چاہیئے جہاں جنینی حصص بآسانی محسوس ہوں تاکہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے تضرر کا خطرہ نہ رہے۔ ایک شوکی سوئی ایمنیاٹک کیویٹی (انفسی کہفہ) میں گھسا دینی چاہیئے۔ اس سے بالعموم ایمنیاٹک فلوئڈ (رحل) آزادانہ بہ جاتا ہے لیکن اگر سوئی ورنکس (vernix = دمام) سے بند ہو جائے، تو ایک امتصاصی پچکاری استعمال کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ ان ذرائع سے چار پائنٹ تک کی مقدار نکالی جا سکتی ہے۔ گو کہ اس سے وضع حمل واقع ہو جانے کا خطرہ ہوتا ہے لیکن بہت سی مریضائیں آرام سے میعاد پوری کر دیتی ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو اس عملیہ کا تکرار بھی کیا جا سکتا ہے۔ 174

لائکر ایمنیائی (رحل) کا کم ہونا

آلیگو ہائڈرایمنیاس (Oligo-hydramnois = رحل کی قلت)

یہ آلیگو ہائڈر ایمنیاس (قلت رحل) کی حالت ہائڈر ایمنیاس (کثرت رحل) کی ضد ہے، اور اس کی خصوصیت یہ ہے کہ ایمنیاٹک فلوئڈ (رحل) کی غیر معمولی طور پر کم مقدار ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ صرف چند مکعب سنٹی میٹر ہو۔ یہ ایک شاذ حالت ہے اور اس کا سبب نامعلوم ہے۔ بہت سی اصابتوں کا سبب غالباً اغشیہ کا جلد شق ہو جانا ہے۔ مگر یہ اُن صورتوں میں بھی دیکھی گئی ہے۔ جن میں

جنین کا یورینچھرا (مجری البول) غیر مثقوب ہوتا ہے، یا جن میں اس کے ساتھ دونوں گردوں کی مکمل عدم موجودگی بھی ہوتی ہے، اس لئے یہ نتیجہ نکالا گیا ہے کہ سیال کی کمی کا باعث، عدم تکوین بول ہے۔

دیگر صورتوں میں جنین کی جلد نمایاں طور پر موٹی، خشک اور جھری دار منظر کی ہوتی ہے۔ لائکر ایمنیائی (رحل) کی قلیل مقدار کے نتائج خطرناک ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ جنین اور امنیان (انفس) کے مابین انضمامات بن جائیں، یا ممکن ہے کہ جنین غیر معمولی طور پر دب جائے، جنین کے تشوہات عام ہیں۔ جنین کی میلوزیشن (malposition = وضع ناقص) اور امنیائی (انفسی) انضمامات کی وجہ سے وضع حمل کے پیچیدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے اور اغشیہ کی طبعی اتساع کرنے والی تھیلی کی عدم موجودگی کی وجہ سے، وضع حمل کے پہلے مرحلہ میں دشواری ہو سکتی ہے۔

175

باب ہشتدہم

پلیسنٹا (مشیمہ) کی بیقاعدگیاں اور امراض

بے قاعدگیاں

جسامت کی بیقاعدگیاں۔ پوری میعاد کے پلیسنٹا (مشیمہ) کا اوسط قطر تقریباً ۸ انچ ہوتا ہے، اور دبازت $\frac{3}{4}$ انچ سے ۱$\frac{1}{4}$ انچ تک متغیر ہوتی ہے جو کہ سب سے زیادہ مرکز کے قریب ہوتی ہے۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کی دبازت بعض مرتبہ سب جگہ یکساں ہوتی ہے، اور بعض مرتبہ مختلف حصوں میں کافی مختلف ہوتی ہے۔ لیکن علی العموم دبازت رقبہ سے معکوس تناسب میں ہوتی ہے۔ بعض عظیم ترین پلیسنٹاز (مشیمے) یونیوُگر (یک بیضی) توام حمول میں پائے گئے ہیں۔

وزن کی بیقاعدگیاں۔ پوری میعاد پر پلیسنٹا (مشیمہ) کا اوسط وزن ایک پونڈ سے لے کر ۱$\frac{1}{4}$ پونڈ تک ہوتا ہے۔ مگر کبھی کبھی یہ بہت بڑھ جاتا ہے، کیونکہ ۲ پونڈ سے اڑھائی پونڈ تک کے وزن مشاہدہ کئے گئے ہیں۔ وزن کا اختلاف اس امر کے لحاظ سے بھی ہوتا ہے کہ آیا امبلائیکل کارڈ (سُرّی حبل) جلد کاٹی گئی یا بدیر، کیونکہ اس طرح زیادہ یا کم جنینی خون مقید رہ جاتا ہے۔

اوسطاً پلیسنٹا (مشیمہ) کا وزن بچہ کے وزن کے چھٹے حصہ کے برابر ہوتا ہے۔ وزن میں زیادتی بہت سی مرضی کیفیتوں میں بھی واقع ہوتی ہے۔ آتشک میں ایسا ہونا پایا گیا ہے جبکہ پلیسنٹل (مشیمی) وزن اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ یہ جنین کے وزن کے ربع حتیٰ کہ نصف حصہ کے برابر بھی ہو سکتا ہے۔

ماں کے البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی اصابتوں میں بھی اور جنین کے عمومی اینا سارقا
(anasarca = استسقاء کلی) کی صورتوں میں بھی وزن کی زیادتی پائی گئی ہے۔

شکل کی بیقاعدگیاں۔ شکل کے اختلاف بہت ہیں۔ ممکن ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ)
مدوّر، بیضوی، کلوی الشکل یا لوبیولیٹڈ (lobulated = لختکدار) ہو۔ لوبیولیشن (lobulation =
لختک داری) باقاعدہ یا بیقاعدہ ہوتی ہے، اور کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ صدر تو دہ کے ساتھ ایک
لوبیول (لختہ) مشیمی ساخت کی صرف ایک پتلی خاکنائے کے ذریعہ سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ بعض
صورتوں میں لوبیولز (لختے) بالکل علیحدہ اور صاف صاف ہوتے ہیں، یعنی ایک ہی حمل میں ملٹیپل
پلیسنٹا (multiple placenta = عدید مشیمہ) کی حالت پیدا ہوتی ہے۔ بیشتر اوقات یہ عضو
دو لوبز (lobes = لختوں) میں کم و بیش مکمل طور پر منقسم ہوتا ہے۔ اگر تقسیم نامکمل ہو اور عروق
باہم ملنے اور امبلائکل کارڈ (سری حبل) بنانے سے پہلے دونوں لوبز (لختوں) پر پھیلے ہوئے ہوں
تو یہ پلیسنٹا (مشیمہ) بائی پارٹائٹ پلیسنٹا (bipartite placenta = دو جزوی مشیمہ)
کہلاتا ہے (دیکھو تصویر ۲۰)۔

ممکن ہے کہ تین لوبز (لختے) ہوں [پلیسنٹا ٹرائی پارٹائٹا (placenta 176
tripartita = مشیمہ سہ جزوہ)] یا تین سے زیادہ ہوں [پلیسنٹا ملٹی لوبیولیٹا
(placenta multilobulata = مشیمہ کثیر لختکی)]۔

پلیسنٹا سکسینٹوریٹا (placenta succenturiata = مشیمہ اضافی)۔ پلیسنٹا
(مشیمہ) منقسم کی ایک اور قسم جو کافی سریری اہمیت کی ہے، پلیسنٹا سکسینٹوریٹا (مشیمہ اضافی)
ہے (دیکھو تصویر ۲۱)۔

یہ بیقاعدگی شاذ نہیں ہے۔ پلیسنٹل (مشیمی) جرم کے ایک یا زائد لوبیولز (لختک)
صدر پلیسنٹا (مشیمہ) کے کنارے سے دور کوریان (سلی) پر پائے جاتے ہیں۔ یہ پلیسنٹا (مشیمہ)
کے ساتھ شریانی اور وریدی دونوں قسم کے عروقی تعلقات کے ذریعہ چسپیدہ ہوتے ہیں۔

پلیسنٹا سکسینٹوریٹا (مشیمہ اضافی) کی سریری اہمیت یہ ہے کہ اصل پلیسنٹا (مشیمہ)
کے نکل جانے کے بعد اس کے رحم میں رہ جانے کا احتمال ہے۔

اس سے حسب ذیل نتائج مترتب ہوتے ہیں:۔ پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف)، کیونکہ رحم خالی نہ ہونے
کی وجہ سے منقبض اور باز کشیدہ نہیں ہو سکتا۔ شدید دردہائے مابعد۔ اور اگر عفونتی عضویات

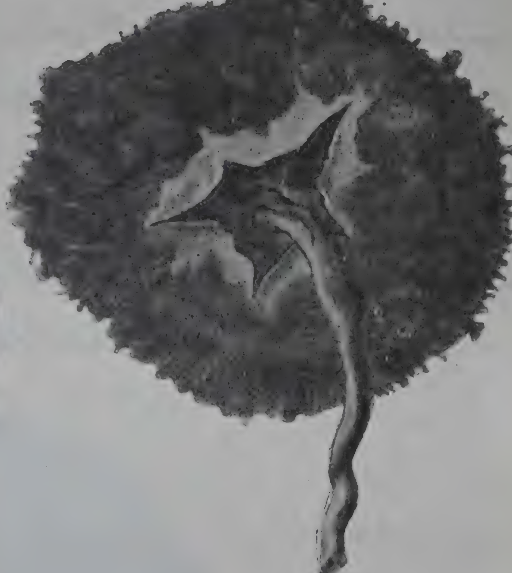
اس اکسیسری پلیسنٹا (accessory placenta= معین مشیمہ) تک پہنچ جائیں، تو عفونتی سرائیت اور تسمم کا بھی خطرہ ہوتا ہے۔

اس لئے پلیسنٹا سکینٹوریٹا (مشیمۂ اضافی) کے امکان کو ہمیشہ یاد رکھنے کی ضرورت ہے، اور جب وضع حمل کے بعد پلیسنٹا (مشیمہ) اور اغشیہ کا امتحان کیا جائے تو لازم ہے کہ اس غیر طبعی کیفیت کا ثبوت تلاش کیا جائے۔ یعنی آیا پلیسنٹا (مشیمہ) کے کنارے سے کچھ دور کوریان (سلی) میں چھوٹے مدور سوراخ موجود ہیں، آیا پلیسنٹا (مشیمہ) کے کنارے سے کوریان (سلی) پر عروق پھیلے ہوئے ہیں، اور آیا کوریان (سلی) کے سوراخ کے کنارے پر عروق دفعتاً ختم ہو جاتے ہیں۔

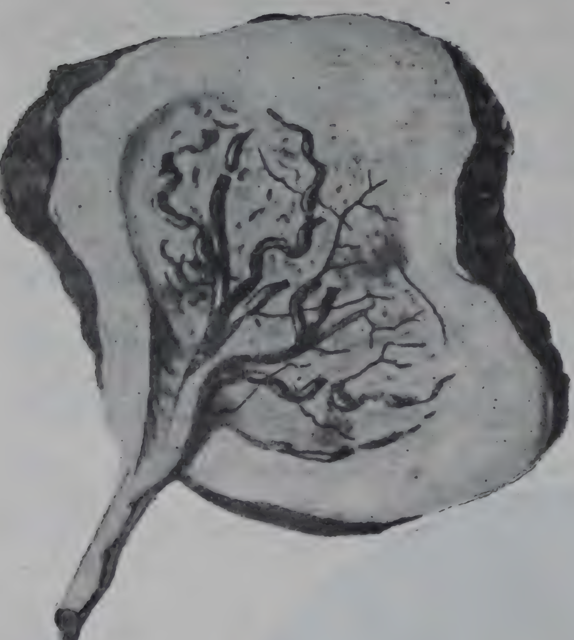
یہ ممکن ہے کہ لوبز (لختوں) میں مختلف طرح پر تقسیم ہونا اور لوبیولز (لختکوں) کی موجودگی ڈسیڈوا (غشاء ساقط) کی کسی غیر طبعی کیفیت کا نتیجہ ہو۔ ڈسیڈوا بیزیلس (decidua basalis= غشاء ساقط قاعدی) ڈسیڈوا (غشاء ساقط) کا ایک نہایت پر عروق حصہ ہے۔ اس جگہ کوریانک ولائی (سلوی خملات) نہایت نمایاں طور پر بڑھتے ہیں، اور کوریان فرانڈوسم (chorion frondosum= سلی سوریقی) بناتے ہیں۔ لیکن اگر ڈسیڈوا (غشاء ساقط) کی یہ عروق سازی کسی ایک خطہ تک محدود نہ ہو، بلکہ دیگر مقامات پر بھی نمایاں ہو تو ان مقامات پر اس عروق سازی کے مطابق کوریانک ولائی (سلوی خملات) کی بیش بالیدگی ہوگی اور پلیسنٹل (مشیمی) جزائر پیدا ہوں گے۔

پلیسنٹا ڈفیوزا (placenta diffusa= مشیمۂ منتشر) یا پلیسنٹا میمبرینیسیا (placenta membranacea= مشیمہ غشاء نما)۔ اس قسم میں کوریانک ولائی (سلوی خملات) کل اوومم (بیضہ) کے چاروں طرف فاعل حالت پر برقرار رہتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ ڈسیڈوا (غشاء ساقط) میں عروق نہایت افراط سے بن جاتے ہیں۔ چنانچہ پلیسنٹا (مشیمہ) ڈسیڈوا بیزیلس (غشاء ساقط قاعدی) تک محدود نہیں ہوتا بلکہ کل اوومم (بیضہ) کو ڈھانپ لیتا ہے۔ یہ ایک نادر نوع ہے۔ اُن سب مثالوں میں جن میں یہ غیر طبعی کیفیت پائی گئی ہے، جنینی تغذیہ میں کوئی مداخلت نہیں پائی گئی، لیکن مریضہ میں حمل کے پیش از میعاد ختم ہونے کا اور اینٹی پارٹم ہیمرج (قبل الولادتی نزف) کا احتمال ہوتا ہے۔ وضع حمل کے تیسرے مرحلہ میں پیچیدگیاں بھی واقع ہوئی ہیں، کیونکہ پتلا پلیسنٹا (مشیمہ)

شکستنی ہوتا ہے اور آسانی سے جدا نہیں ہوتا۔ اس سے ممکن ہے کہ پوسٹ پارٹم ہیمر یج (بعد الولادتی
نزف) واقع ہو اور سرائیت کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔ اس قسم کا پلیسنٹا (مشیمہ) جب جدا ہوتا ہے 177
تو اس کے جرم میں خون کی وعابدری کی وجہ سے بعض جگہیں سخت پائی جاتی ہیں (تصویر ۳۷)۔
پلیسنٹا سرکم ویلیٹا (placenta circumvallata= مشیمہ سیاجی)۔ اسکی
وجہ کوریانک ولائی (سلوی خملات) کا تکاثر ہے جو پلیسنٹا (مشیمہ) کے کنارے کے گرد اسوقت واقع ہوتا ہے



تصویر ۳۷۔ پلیسنٹا میمبرینیا (مشیمہ غشا نما)۔
۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کل اووم (بیضہ) کو
ڈھنک لیتا ہے اور ڈسیڈوا ابیزیلیس (غشاء ساقط
قاعدی) تک محدود نہیں ہوتا جو کہ ہونا چاہیئے۔



تصویر ۳۸
پلیسنٹا سرکم ویلیٹا (مشیمہ سیاجی)۔

جبکہ امنیان (انفس) اس سے معین طور پر چسپاں ہو جاتا ہے۔ چنانچہ یہ منظر پیدا ہوتا
ہے کہ جنینی سطح کے مرکز میں ایک نشیب دار رقبہ موجود ہوتا ہے جو ایک مرتفع حصہ سے محیط ہوتا ہے۔

انبیان (انفس) مرکز کے نشیب وار حصہ کے کناروں سے چپیدہ ہوتا ہے۔ اس نوع میں پلیسنٹا (مشیمہ) کے مرتفع کنارے پر کوریان (سلی) کے پھٹ جانے کا امکان ہے (تصویر ۳۸)۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کے امراض

پلیسنٹا (مشیمہ) کے سسٹز (دویرے)۔ پلیسنٹا (مشیمہ) میں اکثر اوقات سسٹک (دویری) ساختیں دیکھنے میں آتی ہیں۔

ان کی دو قسمیں ہیں:— سطحی پلیسنٹل سسٹز (مشیمی دویرے)، اور وہ سسٹز (دویرے) جو خود پلیسنٹل (مشیمی) جرم کے اندر پائے جاتے ہیں۔

سطحی سسٹز (دویرے)۔ یہ قسم زیادہ عام ہے۔ سسٹز (دویروں) کی جسامت چیری
(cherry= شاہ دانہ) سے لے کر مرغی کے انڈے تک ہوتی ہے (دیکھو تصویر ۳۹)۔ سسٹز 178
(دویرے) کوریان (سلی) سے پیدا ہوتے ہیں، کیونکہ امینیاٹک (انفسی) غشا ان پر سے اُدھیڑی جا سکتی ہے۔ ان کے مشمولات عموماً صاف اور آبی نوعیت کے ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ



تصویر ۳۹۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کے سطحی سسٹز (دویرے)

خون آلود ہوں۔ سسٹک (دویری) دیوار میں ایک سفید سی غشاء کا استر ہوتا ہے، اور اس میں انفارکٹڈ (منفعم) رقبے پائے جاتے ہیں۔

خردبینی تراش میں بڑے بڑے خلیات کی ایک یا زیادہ تہیں نظر آتی ہیں، جن کی نواتیں گول اور کیسک وار ہوتی ہیں جو ممکن ہے کہ انحطاط ظاہر کریں۔ انفارکٹڈ (منفعم) خطوں کی بافت فائبرن (fibrin) سے مرکب ہوتی ہے، اور خلیات غائب ہوتے ہیں۔ یہ خلیات لینگہان (Langhan) کی تہ کے خلیات سے متناظر ہوتے ہیں، اور سسٹز (دویرے) ٹروفوبلاسٹ کے انحطاط کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں۔

عمیق سسٹز (دویرے)۔ یہ قسم زیادہ نادر ہے۔ جسامت میں یہ ان سسٹز (دویروں) سے چھوٹے ہوتے ہیں جو سطح پر پائے جاتے ہیں، اور شاذونادر چیری (cherry = شاہ دانہ) سے بڑے ہوتے ہیں۔

ان کے مشمولات عموماً صاف ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ دیکھنے میں پنیری ہوں۔ یہ عمیق سسٹز (دویرے) اکثر اوقات کسی انفارکٹڈ (منفعم) رقبہ کے جرم میں پائے جاتے ہیں۔ سسٹک (دویری) دیوار فائبرن (fibrin) کی بنی ہوتی ہے۔ دویرے غالباً یا تو انفارکٹ (منفعمہ) کے ٹوٹنے سے، یا ٹروفوبلاسٹ (ناہضۂ پرورشی) کے خلایا کے انحطاط سے پیدا ہوتے ہیں۔ اس صورت میں ممکن ہے کہ دیواروں میں جن خلایا کا استر ہو، وہ لینگہان (Langhan) کے خلایا کے مثل ہوں۔

سسٹک (دویری) تودے، خواہ وہ سطح پر ہوں یا عمیق قسم کے ہوں، حمل یا وضع حمل کے ممر پر کوئی اثر ڈالتے معلوم نہیں ہوتے۔

179 پلیسنٹا (مشیمہ) کا التہاب۔ اگرچہ اس حالت کے بیان میں بہت کچھ لکھا جاچکا ہے، مگر پلیسنٹا (مشیمہ) کے حقیقی التہاب کا ثبوت بہت کم ہے۔ بہت سے بیان کردہ تغیرات اب انفارکشن (انفعام) کا نتیجہ خیال کئے جاتے ہیں، اور وہ جن کو پھوڑے کہا جاتا تھا غالباً پھوڑے نہیں، بلکہ سسٹز (دویرے) ہوتے ہیں جن کے اندر کے گاڑھے مادہ پر پیپ کا مغالطہ ہوتا ہے۔ حاد التہاب بھی واقع ہوسکتا ہے۔ یہ اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ ڈسڈوا (غشاء ساقط) سے التہابی عمل پھیل جاتا ہے، لہٰذا اسے اوّلی حالت نہ تصور کرنا چاہیئے۔ اس طرح پیدا ہونے والا التہاب، سوزاک اور آتشک کی اصابتوں میں اور پائیمیا (pyæmia=

تقیح الدم) کی بعض اصابتوں میں مشاہدہ کیا گیا ہے۔

پلیسینٹا (مشیمہ) کا ٹیوبرکلوسس tuberculosis = **تدرّن**)۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کے جنینی حصہ میں ٹیوبرکل (درنہ) کا ہونا ایک بہت ہی نادر منظر ہے۔ البتہ ڈسڈوا (غشاء ساقط) اور کوریان (سلی) میں مقامی ضررات پائے گئے ہیں۔ اُن اصابتوں میں جن میں ماں میں عمومی ٹیوبرکلوسس (تدرن) ہوتا ہے، یہ ممکن ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) میں کوئی تغیرات نہ پائے جائیں، گوکہ جنین میں ٹیوبرکل بیسلائی (درنی عصیات) کا ہونا ثابت کیا جا چکا ہے۔ تاہم پلیسنٹا (مشیمہ) میں ٹیوبرکل بیسلائی (درنی عصیات) پائے گئے ہیں، چنانچہ ایک محقق نے انھیں ۲۰ عورتوں میں سے جو ٹیوبرکلوسس (تدرن) سے فوت ہوئیں، ۹ عورتوں میں پایا۔ اس لئے یہ ظاہر ہے کہ پیدائشی ٹیوبرکلوسس (تدرن) کا اندازہ اس سے کم کیا گیا ہے کہ جتنا حقیقت میں ہے، گوکہ اکثر مثالوں میں یہ مرض جنین کو منتقل نہیں ہوتا۔ منوی سرائیت زدگی کے امکان کا بھی ضرور لحاظ رکھنا چاہیئے۔ خرگوشوں اور گنی پگز (guinea-pigs) پر تجربات کرنے سے ظاہر ہوتا ہے کہ ٹیوبرکل بیسلائی (درنی عصیات) حیوانات منویہ کے ذریعہ سے اووم (بیضہ) تک پہنچ سکتے ہیں۔

پلیسینٹا (مشیمہ) کا آتشک۔ آتشکی پلیسنٹا (مشیمہ) کے متعلق بیان کیا جاتا ہے کہ یہ طبعی پلیسنٹا (مشیمہ) سے زیادہ بھاری ہوتا ہے۔ لیکن تحقیقات سے معلوم ہوتا ہے کہ وزن کا زیادہ ہونا آتشک کا ثبوت نہیں، کیونکہ آتشک کے علاوہ بھی پلیسنٹا (مشیمہ) طبعی سے زیادہ بھاری اور شکستنی ہو سکتا ہے۔ اسی طرح خالی آنکھ منظر بھی آتشک کا کوئی ثبوت بہم نہیں پہنچاتا۔ حقیقی ثبوت جو حاصل ہوتا ہے تو خردبینی تراشوں سے حاصل ہوتا ہے۔ آتشکی پلیسنٹا (مشیمہ) میں کوریانک ولائی (سلوی خملات) زیادہ بڑے ہوتے ہیں، ان کی تعداد زیادہ ہوتی ہے اور وہ زیادہ گنجان ہوتے ہیں، اور بسا اوقات عروق غائب ہو گئے ہوتے ہیں۔ یہ مکشوفات ممیز ہیں۔ سپاروکیٹا (پیچ مویہ) کی موجودگی کا مظاہرہ کیا جا سکتا ہے لیکن یہ ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔

آبلیٹریٹو اینڈآرٹرائٹس (obliterative endarteritis = امحائی درون شریانی التہاب) واقع ہو سکتا ہے۔ اور اگر کوریانک (ولائی (سلوی خملات) قائم رہیں تو ان کے عروق کے طبقات بسا اوقات دبیز پائے جاتے ہیں۔ التہابی تغیرات اور صمغی تکوینات بھی بیان کئے گئے ہیں۔

پلیسنٹا (مشیمہ) کی کیلسی فیکیشن (calcification = تکلّس)۔ پلیسنٹا (مشیمہ)
میں، بالخصوص حمل کے اختتام کے قریب، اکثر اوقات شحمی اور کلسی انحطاط ملتا ہے۔ بیشتر اوقات
پلیسنٹا (مشیمہ) کی مادری سطح پر چھوٹی چھوٹی کلسی گرہکیں مشاہدہ کی گئی ہیں، جو بہترین طور پر
اس طرح دکھائی جاسکتی ہیں کہ سطح پر انگلیاں رگڑنے سے یہ سطح کرکری محسوس ہوتی ہے۔ بعض 180
اوقات کلسی رقبہ چپٹی چکتی کی صورت میں ہوتا ہے، جو کہ عموماً متعدد و منتشر ننھے نقطوں پر
مشتمل ہوتا ہے۔ یہ کلسی تودے سطح سے قریب ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات خالی آنکھ سے
دیکھے جاسکتے ہیں۔

ان پر پلیسنٹا (مشیمہ) کے ٹیوبرکلوسس (تدرّن) کا مغالطہ ہوچکا ہے۔ ان تکوینات کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ "چیاں ہونے والے ولائی (خملات)" کے گرد کی تنخزی بافت میں اور نیز ڈیسیڈوا بیزیلیس (قاعدی غشاء ساقط) میں کیلسیم کے ملحات جم جاتے ہیں۔

جہاں تک ہمیں علم ہے حمل میں ان سے کوئی غیر طبعی کیفیت نہیں پیدا ہوتی۔

سلعات۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کے ٹھوس سلعات نادر ہیں، اگرچہ اس موضوع کی کتب میں ان کی ایک بڑی تعداد بیان کی گئی ہے، اور یہ اغلب ہے کہ بہت سی صورتوں میں وہ درحقیقت پلیسنٹل انفارکٹ (placental infarct = مشیمی منفعمہ) تھے۔ ایسے سلعات جسامت میں ایک مٹر کے دانہ سے لے کر ایک آدمی کے سر تک متغیر ہوتے ہیں۔

سب سے زیادہ کثیر الوقوع قسم مکسوما فائبروسم (myxoma fibrosum = سلعہ مخاطیہ لیفیہ) ہے۔ یہ مشتمل ہوتا ہے لیفی بافت پر جس کے اندر سلعی مخاطی بافت کی نوعیت کے خطے منتشر ہوتے ہیں۔ سلعات کی کئی دیگر قسمیں بشمول فائبروما (fibroma = سلعہ لیفیہ)، انجیوما (angioma = سلعہ عروقیہ) اور سارکوما (sarcoma = سلعہ لحمیہ) بیان کی گئی ہیں۔ مگر زیادہ جدید تحقیقات سے ثابت ہوا کہ ان میں سے بہت سی درحقیقت ایک ہی نوع کی ہیں، اور یہ کوریانک ولائی (سلوی خملات) کے تودے ہوتے ہیں جن کے عروق دمویہ بیش پرورده ہوتے ہیں۔ بعض صورتوں میں یہ سلعہ کوریان (سلی) سے بذریعہ ایک ساقچہ کے جڑا ہوتا ہے جس میں ایک شریان اور ایک ورید ہوتی ہے۔ ان عروقی سلعات کو کوریو انجیومیٹا (chorio-angiomata = "سلعات سلوی عروقی") کا نام دیا گیا ہے۔ بالعموم پلیسنٹا (مشیمہ) کا باقیماندہ حصہ متاثر نہیں ہوتا، اور ان سلعات کی کوئی سریری اہمیت نہیں ہوتی، تاوقتیکہ

وہ اتنے بڑے نہوں کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے ایک معتد بہ حصہ کو وظیفہ سے محروم کر دیں۔ کہا گیا ہے کہ ان مثالوں میں مذکورہ حالت کے ہمراہ کوئی غیر طبعی کیفیت جیسے کہ ہائڈرامینیاس (کثرت رحل) یا انٹی پارٹم ہیمرتیج (قبل الولادتی نزف) پایا جاتا ہے۔

انفارکشن (انفعام)۔ یہ پلیسنٹا (مشیمہ) کی عام ترین غیر طبعی کیفیت ہے۔ اس حالت کے لئے بہت سے مصطلحات استعمال ہوئے ہیں، جیسے پلیسنٹائٹس (placentitis= التہاب مشیمہ)، پلیسنٹا (مشیمہ) کی اٹروفی (atrophy= ذبول)، سکرہس (scirrhus= جُرزی) اور ہیپٹائزیشن (hepatisation= تکبد)۔

انفارکٹڈ (انفعام یافتہ) خطے جسامت، شکل اور صورت میں مختلف ہوتے ہیں۔ یہ حسب ذیل شکلوں پر پائے جاتے ہیں۔

۱۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کی مادری یا جنینی سطح پر چھوٹی چھوٹی، سفیدی مائل لیفی ساختیں۔ ممکن ہے کہ یہ خالی آنکھ کو بہ مشکل نظر آئیں۔ یہ قطر میں نصف انچ سے شاذ و نادر ہی زیادہ بڑی ہوتی ہیں۔

۲۔ سفید لیفی ساختیں، پلیسنٹا (مشیمہ) کے جرم میں ہوتی ہیں۔ یہ رقبے شکلاً بیقاعدہ ہوتے ہیں، اور باقیماندہ پلیسنٹا (مشیمہ) کوئی غیر طبعی کیفیت ظاہر نہیں کرتا (تصویر ۴۰)۔

۳۔ ممکن ہے کہ پلیسنٹل (مشیمی) بافت کے بڑے بڑے رقبے، اور بعض اوقات ایک یا زیادہ کاٹی لیڈنز (cotyledons= پارے) صورت میں لیفی ہوں۔ اور شاذ صورتوں میں نصف حصہ یا قریب قریب کل عضو ماؤف ہوتا ہے۔ 181

۴۔ ممکن ہو کہ ایک چوڑا سفیدی مائل یا زردی مائل حلقہ جزوی طور پر یا کامل طور پر پلیسنٹا (مشیمہ) کا احاطہ کئے ہوئے ہو۔ یہ بند جنینی سطح کے حاشیئے پر واقع ہوتا ہے۔ یہ امنیان (انفس) کے نیچے واقع ہوتا ہے، اور دبازت میں ایک چوتھائی انچ سے شاذ و نادر زائد ہوتا ہے۔ یہ صورت مارجنل پلیسنٹا (marginal placenta= حاشیئی مشیمہ) کے نام سے موسوم ہے۔

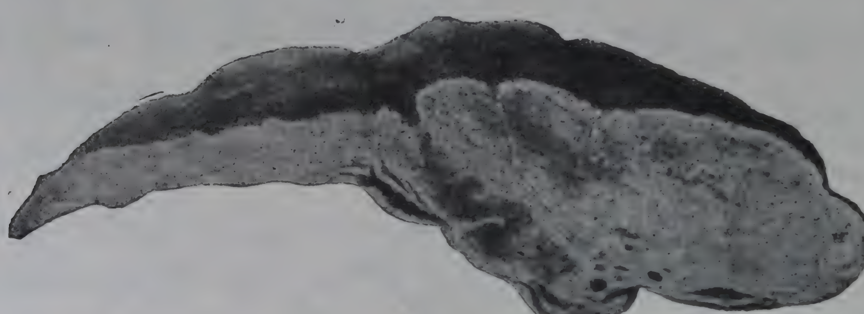
۵۔ بیقاعدہ جسامت کے گلابی تودے جو عموماً مادری سطح پر بہت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔ ممکن ہے یہ پلیسنٹا (مشیمہ) کی پوری دبازت میں پھیلے ہوئے ہوں۔ یہ سرخ انفارکٹس (منفعمات) کے نام سے موسوم ہیں۔

۶۔ گول گول رقبے جو قطر میں ½ تا ۱ انچ ہوتے ہیں، اور ایک لیفی کیسہ کے اندر مبدل شدہ

خون پر مشتمل ہوتے ہیں، پلیسنٹا (مشیمہ) میں کسی جگہ بھی منتشر پائے جاتے ہیں، اور اس کو ایک گریک والا منظر بخشتے ہیں (پلیسنٹا ٹروفے: placenta truffe= مشیمہ کمائی)۔

تسبیب

ان تغیرات کو اینڈومیٹریل (endometrial= دررحمی) یا ڈسڈوئل (ساقطی) ضررات کی طرف منسوب کیا گیا ہے کہ جس کے نتیجہ کے طور پر انٹروِلس سپٹا (intervillous septa= بین خملاتی فاصلات) کے درمیان بافتوں میں نزف واقع ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ انحطاطی تغیرات



تصویر ۸۴۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کا انفارکشن (انفعام)۔ ان فارکٹ (منفعمہ) ایک سفید لیفی ساخت نظر آتی ہے جو کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے ایک حصہ میں پوری دبازت کے اندر واقع ہے۔ یہ تصویر کے بائیں حصہ میں دکھائی دیتی ہے پلیسنٹا (مشیمہ) کا بقیہ حصہ طبعی ہے۔

ان ولائی (خملات) کی جڑوں تک پھیل جاتے ہیں اور بالآخر سنسٹیل (کتلۃ الخلائی) پوشش تک پہنچ جاتے ہیں۔ پھر ان ولائی (خملات) کے گردوپیش کے مادری خون میں ترویب ہوجاتی ہے، اور کل کا کل رقبہ لیفی بافت میں مبدّل ہوجاتا ہے اور ولائی (خملات) کی ساخت زائل ہوجاتی ہے۔

ایک اور رائے یہ ہے کہ یہ ان فارکٹز (منفعمات) کوریانک ولائی (سلوی خملات) کے عروق میں آبلٹریٹو اینڈ آرٹرائٹس (obliterative endarteritis= امحائی التہاب

درون شریانی) سے پیدا ہوتے ہیں۔ انڈ آرٹرائٹس (التہاب درون شریانی) خملات کی شریانوں
کے اندر دوران خون میں مداخلت کرتا ہے، اور خملات کے سروں پر تنخری تغیرات پیدا ہوجاتے
ہیں۔ سنسٹیم (syncytium = کتلۃ الخلایا) چونکہ ولس (خملہ) کے غلاف کی بیرونی تہ ہوتی ہے، 182
اس لئے وہ مادری خون سے کہ جس میں وہ بھیگی ہوئی ہوتی ہے، اب بھی تغذیہ حاصل کرسکتی ہے،
اور متاثر نہیں ہوتی۔ لیکن عمیق تہ یعنی لنگھان (Langhan) کے خلایہ اور توصیلی بافت کا سٹروما
(تہ ہیکل) تغذیہ نہیں حاصل کرسکتا، اور متاثر ہوتا ہے، اور تنخری تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ یہ تنخری خطے
بتدریج فائبرن (Fibrin) میں تبدیل ہوجاتے ہیں۔ اس کے بعد مماثل تغیرات سنسٹیم
(کتلۃ الخلایا) میں بھی واقع ہوتے ہیں، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مادری خون جو اُس کے ساتھ
متماس ہوتا ہے، انٹرولس سپیسز (بین الخملاتی فضاؤں) میں بھی مروّب ہوجاتا ہے، اور پھر
اس میں فائبرن (fibrin) کی تکوین ہوجاتی ہے۔ اگر یہ تغیرات پاس پاس کے ولائی (خملات)
میں ایک ہی وقت واقع ہوں تو بالآخر متعدد ولائی (خملات) فائبرن کے ذریعہ آپس میں
جڑ جاتے ہیں۔ بتدریج اُن میں زیادہ انحطاطی تغیرات پیدا ہوتے ہیں، یہاں تک کہ بالآخر
فائبرینی (fibrinous) تودہ میں وہ بمشکل شناخت کئے جاسکتے ہیں، اور ایک ان فارکٹڈ
(انفعام یافتہ) رقبہ پیدا ہوجاتا ہے (تصویر ۴۵)۔ لیکن سرخ انفارکٹس (منفعمات) اس طرح نہیں بنتے،
اور ان کے طریقۂ پیدائش کی توجیہہ نہیں ہوسکتی۔ البتہ یہ بیان کیا گیا ہے کہ سرخ انفارکٹس
(سرخ منفعمات) کا البیومن یوریا (البیومئن بولیت) کیساتھ اور جنین کے ناقص نمو کے ساتھ کوئی تعلق
ہے۔ ممکن ہے کہ وہ ڈسڈوا (غشاء ساقط) کے عروق کے شق ہوجانے اور پلیسنٹل (مشیمی) جرم میں
نزف ہونے کا نتیجہ ہوں۔ تجربی طور پر یہ ثابت کیا گیا ہے کہ آگزالیٹس (oxalates) اور
کولی فارم (coliform) قسم کے عضویات کا اشراب کرنے سے حیوانات میں سرخ انفارکٹس
(منفعمات) پیدا کئے جاسکتے ہیں۔

نتائج

ممکن ہے کہ غائر امتحان پر دقیق انفارکٹس (منفعمات) ہر ایک پلیسنٹا (مشیمہ) میں
ملیں۔ ۶۳ فی صدی مثالوں میں زیادہ بڑے انفارکٹس (منفعمات) واقع ہونا بیان کیا گیا ہے۔

اگر یہ انفارکٹس (منفعمات) چھوٹے ہوں اور بہت زیادہ تعداد میں موجود نہ ہوں، تو کوئی غیر طبعی نتائج مترتب نہیں ہوتے۔ لیکن جب وہ بڑی جسامت کے ہوتے ہیں، یا بہت سے موجود ہوتے ہیں، تو ممکن ہے کہ وہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے اتنے حصہ کو بے تعضیبہ کردیں کہ جنین کے تغذیہ میں مداخلت، پیدا ہو، اور کبھی کبھی جنین کی موت واقع ہوجائے۔ سرخ انفارکٹس (منفعمات) اتنی کثرت سے نہیں دیکھے جاتے جتنی کثرت سے کہ سفید انفارکٹس (منفعمات)۔ بقول مختلف مشاہدین کے ۳۳ سے ۶۷ فی صدی مثالوں میں مادری البیومن یوریا (البیومن بولیت) پایا جاتا ہے۔ یہ ایکلیمپسیا (انشناج) کے ہمراہ نہیں پائے جاتے، البتہ گردہ کے مرض کہنہ سے جو البیومن یوریا (البیومن بولیت) پیدا ہوتا ہے اس کے ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ سرخ انفارکٹس (منفعمات) کے نتیجہ میں جنین اکثر اوقات ناقص طور پر نمو یافتہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ مرجائے۔

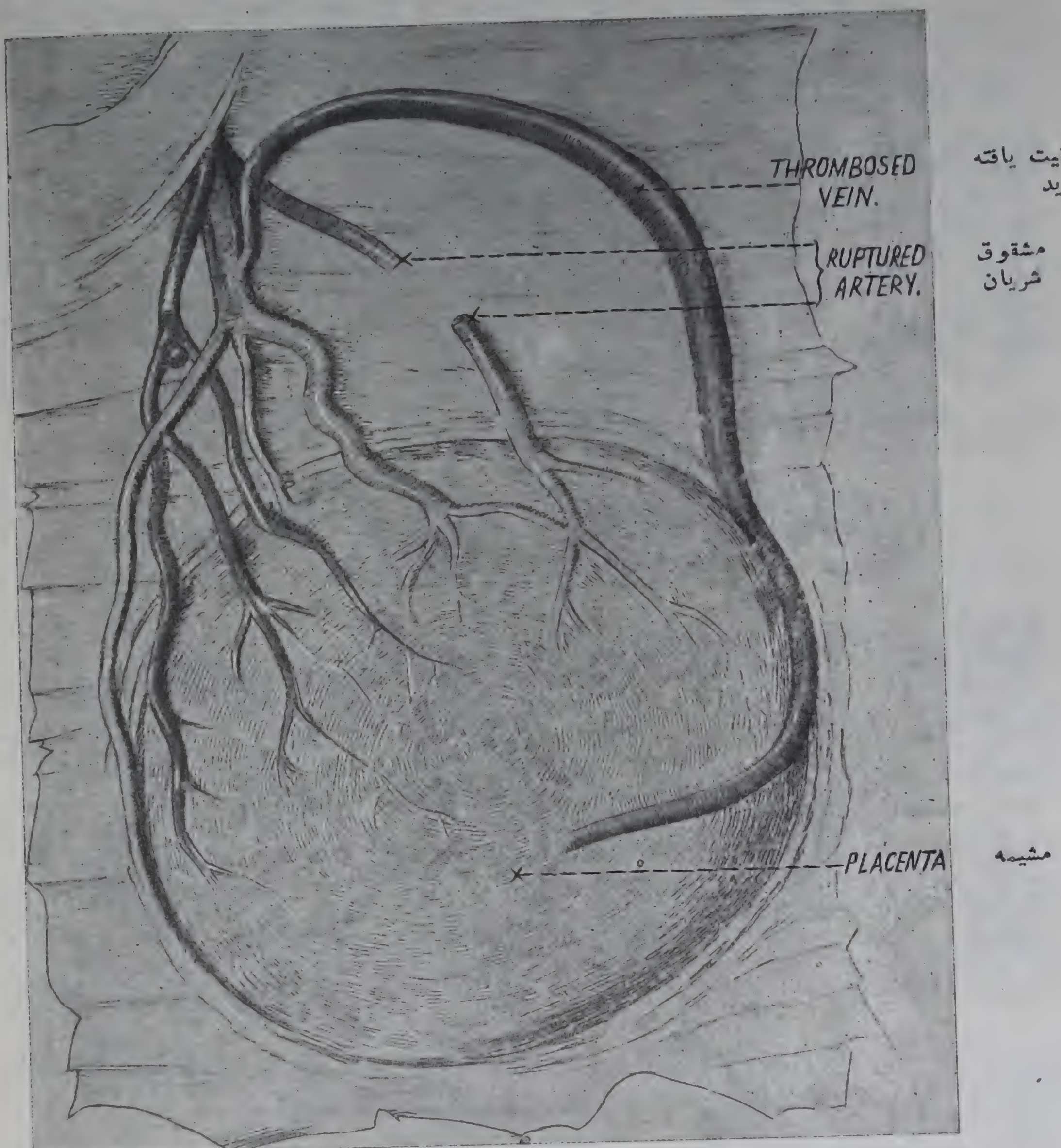
امبلائکل کارڈ (حبل السری) کی بیقاعدگیاں

طول۔ بیان کیا جاتا ہے کہ امبلائکل کارڈ (حبل السری) کا معمولی طول تقریباً اتنا ہی ہوتا ہے جتنا کہ جنین کا ہوتا ہے، لیکن اس سے معتدبہ اختلافات بھی واقع ہوتے ہیں۔ حد سے زیادہ طوالت، نزول کا میلان، اور گنڈلیوں اور گرہوں کی تکوین کی استعداد پیدا کرتی ہے۔ غیر معمولی طور پر چھوٹی کارڈ (حبل) کے مندرجہ ذیل نتائج ہوسکتے ہیں۔ میلپریزنٹیشن (ناقص تطریق)، وضع حمل میں تاخیر، پلیسنٹا (مشیمہ) کی پیش از وقت علیحدگی سے انٹی پارٹم ہیمرتیج (قبل الولادتی نزف)، کارڈ (حبل) کا انشقاق، اور رحم کا انورشن (انعکاس)۔

183 اگر کارڈ (حبل) جنین کے کسی حصہ کے گرد گنڈلی مارے ہوئے ہو، تو یہ وہی اثر پیدا کرتی ہے جو ایک غیر معمولی طور پر طویل کارڈ (حبل) سے پیدا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کی طرف جانے والے جنینی دوران خون میں مداخلت ہونے سے یہ مردہ ولادت کا موجب ہو۔ کارڈ (حبل) سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ گردن کے گرد لپٹی ہوتی ہے، لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ جسم اور جوارح کے گرد گنڈلی بنی ہوئی ہو۔

کارڈ (حبل) کے چھوٹا ہونے، یا گنڈلی کی وجہ سے اسکے نسبتہً چھوٹا ہونیکی تشخیص آسان نہیں ہے۔ اس کا شک

اس طرح پیدا ہو سکتا ہے کہ بلا کسی ظاہر اسبب کے تاخیر واقع ہوتی ہے، اور دردوں کے 184



تصویر ۱۴۱۔ کارڈ (حبل) کی ویلامنٹس (قناعی) انتہا [بیٹل ڈور پلیسنٹا (مشیمہ طبطابیہ)]، جس میں ایک مشقوق شریان اور ایک علقیت یافتہ ورید دکھائی گئی ہے۔

درمیان سہ نمایاں حد تک پیچھے ہٹ جاتا ہے، اور انٹی پارٹم ہیمریج (قبل الولادتی نزفہ)

واقع ہوتا ہے۔ سر کی ولادت کے وقت کارڈ (حبل) کا گردن کے گرد ہونا' اس کا معمولی علاج پیشتر بیان کیا جا چکا ہے۔ اگر اس کا تاخیر کا سبب ہونا وضع حمل کے دوران میں جلد تر شناخت کر لیا جائے' تو اس کو کاٹنے اور سرعت کے ساتھ ولادت کرانے کی کوشش کرنی چاہیئے۔

گرہیں جنینی حرکات کے نتیجہ کے طور پر بنتی ہیں' یعنی بچہ کسی چنبر میں سے گذر جاتا ہے اور یہ چنبر بعد میں گرہ بن جاتا ہے۔ ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے کہ گرہیں اتنی مضبوط ہوں کہ دوران خون میں رکاوٹ پیدا کریں' لیکن گاہے گاہے وہ جنین کی درون رحمی موت کا موجب ہوتی ہے۔ ممکن ہے وہارٹن (Wharton) کے فالودہ کے حدبات گرہوں کا سا منظر پیش کریں۔ ان کو گرہ ہائے کاذب کہا جاتا ہے' اور ان کی کچھ عملی اہمیت نہیں ہے۔

کارڈ (حبل) کا چھوٹا ہونا۔ کارڈ (حبل) یا تو درحقیقت چھوٹی ہوتی ہے' یا جنین کے کسی حصہ کے گرد لپٹی ہونے کے باعث نسبتاً چھوٹی ہوتی ہے۔ ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے کہ وضع الحمل کے پہلے مرحلہ میں رکاوٹ واقع ہو' بالعموم رکاوٹ سر کی ولادت کے بعد واقع ہوتی ہے۔ خطرات یہ ہیں! انشقاق کارڈ (حبل) پلیسنٹا (مشیمہ) کی قبل از وقت علیحدگی' اور رحم کا ان ورشن (ارتکاس)۔ ان ورشن (ارتکاس) وس آفرنٹے (vis a fronte = قوت کشندہ) کا نتیجہ ہوتا ہے' کیونکہ یہ حادثہ اس وقت جب کہ رحم منقبض ہو رہا ہو' واقع نہیں ہوسکتا۔ علاج یہ ہے کہ اگر کارڈ (حبل) گردن کے گرد لپٹی ہوئی ہو تو اسے چھڑا دیا جائے' یا کارڈ (حبل) پر شکنجہ لگا کر اس کو کاٹ لیا جائے' اور پھر بچہ کی ولادت میں تعجیل کی جائے۔

کارڈ (حبل) کی ویلامنٹس (velamentous = قناعی) انتہا شاذ و نادر کارڈ (حبل) پلیسنٹا (مشیمہ) کی جنینی سطح کے مرکز کے ساتھ چسپیدہ ہوتی ہے۔ بالعموم یہ مرکز سے ذرا ایک طرف منتہی ہوتی ہے' یا ممکن ہے پلیسنٹا (مشیمہ) کے حاشیہ پر چسپیدہ ہو' جبکہ بیٹل ڈور پلیسنٹا (battledoor placenta = مشیمہ طبطابیہ) ظہور میں آتا ہے۔ ان اختلافات کی کچھ سر بری اہمیت نہیں ہے۔

گاہے کارڈ (حبل) کا سرا اغشیہ کے ساتھ چسپیدہ ہوتا ہے اور مشمول عروق پہلے

منقسم اور شاخ شاخ ہو کر پھر پلیسنٹا (مشیمہ) تک پہنچتے ہیں۔ یہ بیقاعدگی ویلامنٹس (قناعی) انتہا کے نام سے مشہور ہے۔ یہ شاذ ہے اور بیان کیا جاتا ہے کہ یہ تواموں میں زیادہ عام ہے۔

اس کیفیت کی سریری اہمیت یہ ہے کہ بعض اوقات عروق اغشیہ کے اس حصہ پر واقع ہوتے ہیں جو کہ لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیریں قطعہ رحم) یا آس انٹرنم (اندرونی فم رحم) پر واقع ہوتا ہے۔ اس حالت کو واسا پریویا (vasa prævia = عروق متقدم) کہتے ہیں۔ یہ معلوم ہے کہ پریزنٹنگ (تقطریقی) حصہ کے دباؤ سے اختناق پیدا ہو کر، یا عروق کے ٹوٹ جانے سے نزف واقع ہو کر اس حالت سے جنین کی موت واقع ہو چکی ہے (تصویر ۱۲)۔

185

باب نُہدہم

وہ امراض جو حمل کے ہمراہ پائے جاتے ہیں

آتشک

کہا جاتا ہے کہ آتشک پیش از میعاد انقطاع حمل کے اہم ترین اسباب میں سے ہے ۔ پیش از میعاد وضع حمل، یا درون رحمی موت کی صورتوں میں ہمیشہ آتشک کا شبہ کرنا چاہیے بشرطیکہ والدین میں سے کسی ایک میں وازرمین (Wassermann) کا تعامل پایا جائے خواہ مرض کا کوئی اور ثبوت موجود ہو یا نہ ہو ۔ ممکن ہے کہ تشخیص کا واحد ذریعہ یہ ہو کہ طفیلیہ کی موجودگی دریافت کرنے کے لئے جنینی بافتوں کا امتحان کرنا پڑے ۔ اگر ماں میں سرائیت دوران حمل میں واقع ہو تو ابتدائی قرح اتنا امتیازی نہیں ہوتا جتنا کہ عموماً ہوتا ہے اور ثانوی مظاہر اکثر اوقات صرف خفیف طور پر نمایاں ہوتے ہیں ۔ یہ جزوی سبب ہے اس امر کا کہ بعض مشاہدین ایک تندرست عورت کے ہاں آتشکی بچہ پیدا ہونا ممکن سمجھتے ہیں [کالیسز لا (Colles's law = قانونِ کالیز)] ۔ ان صورتوں میں یہ فرض کیا جاتا ہے کہ اووم (بیضہ) باپ کے سپرمیٹازون (حیوان منویہ) سے براہ راست سرائیت زدہ ہو گیا ہوگا ۔ اس رائے میں شک کی گنجائش ہے، اغلب ہے کہ فتشب مخفف شکل میں ہو کیونکہ اگر ایک بظاہر تندرست عورت کو آتشکی بچہ پیدا ہوا اور وہ اپنے بچہ کو دودھ پلائے، تو وہ بدیہی طور پر

سرائیت زدہ نہیں ہوتی، جس سے یہ خیال پیدا ہوتا ہے کہ وہ درحقیقت خفیف درجہ تک پہلے ہی سے سرائیت زدہ تھی۔ مزید براں ان صورتوں میں جن میں جنینی آتشک کا ثبوت ہوتا ہے اور ماں میں مرض کا کوئی ثبوت نہیں ہوتا، مادری خون سے واز رمینی تعامل حاصل کیا جاسکتا ہے۔ جدید رائے یہ ہے کہ وہ عورت جس نے آتشکی بچہ جنا ہو، خود بھی آتشک زدہ ہوتی ہے۔

حمل پر آتشک کا اثر اس امر کے لحاظ سے متغیر ہوتا ہے کہ سرائیت کب واقع ہوئی ہے۔ اگر ماں میں انا کولیشن (inoculation = تطعیم) استقرار حمل سے پہلے واقع ہوا ہے، تو اکثر اوقات ابارشن (اسقاط) یا پیش از میعاد وضع حمل واقع ہوتا ہے۔ اگر وضع حمل پیش از میعاد ہو تو بچہ اکثر اوقات مردہ ہوتا ہے، شاذ و نادر ایسا ہوتا ہے کہ وہ زندہ پیدا ہوتا ہے اور اس میں مرض کے معین مظاہر پائے جاتے ہیں۔ اگر بچہ پورے دن پر پیدا ہو، تو عموماً پیدائش کے وقت وہ کوئی امارت مرض نہیں ظاہر کرتا تاہم مرض بعد میں ظہور پذیر ہوتا ہے۔ اگر سرائیت حمل سے کچھ معتد بہ مدت قبل واقع ہو چکی ہے، اور بالخصوص اگر مریضہ کا علاج
شد و مد کے ساتھ کیا گیا ہے، تو اغلب ہے کہ بچہ تندرست ہوگا اور کبھی کوئی امارت مرض 186
نہ ظاہر کرے گا۔

جب ماں کی انا کولیشن (تطعیم) استقرار حمل کے وقت یا دوران حمل میں واقع ہوتی ہے، تو بچہ تقریباً ہمیشہ آتشکی ہوتا ہے، لیکن یہ خطرہ اس امر کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے کہ مرض حمل کے کون سے زمانہ میں حاصل کیا گیا ہے۔ اگر پہلے چند ماہ کے اندر حاصل کیا گیا ہے تو جنین ہمیشہ ثبوت مرض پیش کرتا ہے، اور اگر بعد میں حاصل کیا گیا ہے تو ممکن ہے کہ جنین بچ جائے۔

یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ جب ایک آتشکی بچہ پورے دن پر زندہ پیدا ہوتا ہے، تو ایسا شاذ و نادر ہوتا ہے کہ وہ پیدائش کے کچھ ہفتے بعد تک آتشک کا کوئی ثبوت پیش کرے۔ جن شاذ صورتوں میں پیدائش کے وقت اس مرض کا ثبوت پایا جاتا ہے، ان میں یہ مرض قریب قریب ہمیشہ آتشکی پمفیگس (Pemphigus = فقاع) کی شکل اختیار کرتا ہے (دیکھو صفحہ 609)۔

علاج۔ ماں باپ دونوں کے لئے علاج دافع آتشک کی ضرورت ہوتی ہے، خواہ ماں تندرست ہی کیوں نہ معلوم ہوتی ہو۔ سلوارسن (salvarsan) کا درون وریدی طور پر اشراب کرنا چاہیئے۔ اور اس کے بعد بزمتھ اور اینٹی منی بالتبادل، درون عضلی طور پر

دیگر علاج کرنا چاہیئے۔ سم الفار، سیماب اور پوٹاسیم آئیوڈائڈ (potassium iodide) کے نمکیات پلیسنٹا (مشیمہ) کی راہ سے آسانی سے منتقل ہو جاتے ہیں، لہٰذا ان ادویہ کے ذریعہ جنین بھی محفوظ ہو جاتا ہے۔ بہت سے واقعات مندرج ہوئے ہیں جن میں ماں کا دافع آتشکی علاج کرنے سے بچہ کے لئے بھی مفید نتائج ظاہر ہوئے ہیں۔ کالیز (Colles) کا کلیہ یہ ہے کہ اگر آتشکی بچہ کو خود اس کی ماں دودھ پلائے تو کچھ نقصان نہیں ہوتا۔ لیکن اگر وہ دودھ نہ پلا سکے تو کسی انا کو ہرگز ہرگز نہ ملازم رکھنا چاہیئے۔

بچہ کے علاج کے واسطے دیکھو صفحہ 609 ۔

گانوریا (Gonorrhea= سوزاک)

جب یہ مرض حمل کے دوران میں ہو تو حاد ولوو ویجائنائٹس (-vulvo vaginitis = فرجی مہبلی التہاب) جس میں ولوا (فرج) نمایاں طور پر سرخ اور تہیج ہو جاتی ہے، پیدا ہونے کا امکان ہے۔

ایک مزمن گانوریل (سوزاکی) سرائیت کی مریضہ کا حاملہ ہو جانا ممکن امر ہے، بشرطیکہ فالوپین ٹیوبز (Fallopian tubes = فالوپی انابیب) کی استری غشاء سرائیت زدہ نہ ہوئی ہو۔ حمل میں گانوریا (سوزاک) کی بہت سی اصابتوں میں سرائیت اور استقرار حمل بیک وقت واقع ہوتے ہیں۔

یہ مرض حمل پر کوئی اثر نہیں رکھتا، تاوقتیکہ کہفہ رحم بھی مرض زدہ نہ ہو جائے، ایسا اول تین ماہ کے دوران میں ہو سکتا ہے، اور اس وقت ابیارشن (اسقاط) ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے اگر سرائیت پیور پیریم (نفاس) کے دوران میں ہو تو مرض کے فالوپین ٹیوبز (فالوپی انابیب)، یا پیلوک پریٹونیم (حوضی باریطون) یا جوئے خون تک پھیل جانے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ وضع حمل کے دوران میں یہ خطرہ ہوتا ہے کہ بچہ کی آنکھیں سرائیت زدہ نہ ہو جائیں۔

علاج 137

ماں کا علاج

حمل میں ۔ مریضہ کو پہلے انس تھیٹائزڈ (anæsthetized = عدیم الحس) کر دینا چاہیئے، اور ویجائنا (مہبل) اور ولوا (فرج) کو اچھی طرح پچار یئے اور مواد کو دور کرنے کے بعد ان کی مخاطی سطحوں پر نائٹریٹ آف سلور کا پانچ فی صدی محلول اچھی طرح لگانا چاہیئے۔ سروائیکل قنال (عنقی قنال) کو بھی صاف کرنا اور مدفوع العفونت کرنا ضروری ہے۔ ایسا کرنے کا بہترین ذریعہ روئی ہے جو ایک پلے فیر (Playfair) کی سلائی کے سرے گرد لپیٹ لی گئی ہو، اور آیوڈائزڈ فینال (iodized phenol) کے ۱۰ فی صدی محلول میں ڈبولی گئی ہو۔ اس کے بعد مریضہ کو لٹائے رکھنا چاہیئے، اور ویجائنا (مہبل) کو دو کوارٹس بورک ایسڈ محلول سے ہر چار چار گھنٹہ پر نطول کرنا چاہیئے، اور ویجائنل (مہبلی) دیواروں پر ایکبار روزانہ (۵ فیصدی) نائٹریٹ آف سلور لگانا چاہیئے حتی کہ مواد عملی طور پر بند ہو جائے۔ سلور نائٹریٹ ہفتہ میں دو مرتبہ لگانا کافی ہوگا۔ اگر مریضہ کو سرایت کے حاد مرحلہ میں دیکھا جائے تو انتہائی مقامی اہمیت ہوتی ہے۔ لہذا تشخیصی اغراض کے لیئے ایک پچپارا لے لینے کے بعد مناسب ہے کہ صرف بورک ایسڈ (boric acid) کے نطولوں کے ذریعہ علاج کیا جائے، یہاں تک کہ حاد مرحلہ ختم ہو جائے، جو کہ عموماً ہفتہ عشرہ تک رہتا ہے۔

دوران وضع حمل میں ۔ اگر مرض سے کلی طور پر شفا یابی نہ ہوئی ہو، یا وضع حمل کے دوران میں مرض پہلی بار دیکھا گیا ہو، تو مہبل کو پچار کر خشک کر دینا چاہیئے اور پھر اس پر ٹنکچر آف آیوڈین (tincture of iodine) کی تضمید کر دینا چاہیئے۔ اگر پہلا مرحلہ طویل ہو اور اغشیہ مشقوق نہ ہوئے ہوں تو ایک نطول دینا چاہیئے جس میں فی پائنٹ ایک ڈرام ٹنکچر آف آیوڈین ہو۔

پیوریریم (نفاس) کے زمانہ میں جتنا جلد ممکن ہو مریضہ کو بیٹھنے کی نشست اختیار کرنا چاہیئے۔ پیوریریم (نفاس) کے زمانہ میں ویجائنل (مہبلی) نطولوں سے یہ خطرہ ہے کہ جراثیم رحم کے اندر تک پہنچ جا سکتے ہیں۔ یہ صحیح ہے کہ پانی میں گونوکاکس (gonococcus =

نبقئہ سوزاکیہ) مرجاتا ہے' لیکن پیور پرل ویجائنا (نفاسی مہبل) جلد ہی ثانوی طور پر دیگر عضویات سے سرائیت زدہ ہو جاتی ہے' اور خطرہ در اصل یہی ہے۔

بچہ کا علاج۔ جیسے ہی بچہ کا سر پیدا ہو' اور نیز سر پیدا ہو چکنے کے بعد وہی احتیاطیں جن کی تفصیل صفحہ 606 پر بیان کی گئی ہے' اختیار کرنا چاہئیں۔ یہ دیکھنے کے لئے کہ گانوریل افتھلمیا (gonorrheal opthalmia = سوزاکی آشوب چشم) کی ابتدائی امارات تو نہیں شروع ہوئیں' ہر روز بچہ کا غائر امتحان کرتے رہنا چاہئے۔ بچوں میں نابینائی کا عام ترین سبب یہی مرض ہے۔

ٹیوبرکلوسس (Tuberculosis = تدرن)

ٹیوبرکلس (تدرن زدہ) عورت پر حمل کا اثر ہمیشہ نقصان رساں ہوتا ہے' اور بزمانۂ پیورپریم (نفاس) و لیکٹیشن (رضاعت) علامات میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ قبل از میعاد انقطاع حمل کا کوئی رجحان نہیں ہوتا۔

188
انذار

پورے دن پر بہت سی ٹیوبرکلس (تدرنی) عورتوں کے ہاں بالکل تندرست بچے پیدا ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ٹیوبرکلوسس (تدرن) ماں سے بچہ کو منتقل ہوتا ہے اور جنینی خون میں اس کے عصیات پائے جا چکے ہیں۔ غالباً سرائیت بذریعہ خون پلیسنٹا (مشیمہ) کی راہ سے واقع ہوتی ہے' کیونکہ جنینی ضررات سب سے زیادہ جگر میں نمایاں ہوتے ہیں۔ مگر واقعات کی بہت بڑی تعداد ایسی ہوتی ہے کہ مرض ماں سے جنین کو براہ راست نہیں منتقل ہوتا۔ بعد میں ٹیوبرکلوسس (تدرن) بچہ میں رونما ہونے کا سبب یہ ہوتا ہے کہ بچہ اسی ماحول میں ہوتا ہے جس میں کہ ٹیوبرکلس (تدرنی) ماں ہوتی ہے' اور نیز اس کا سبب یہ امر بھی ہوتا ہے کہ ٹیوبرکلس بیلس (عصیہ تدرن) کے خلاف بچہ کی مدافعانہ قوتیں' بہ نسبت اس بچہ کی قوتوں کے جو کہ تندرست والدین کے ہاں پیدا ہو' کمزور ہوتی ہیں۔

علاج

اگر حمل ترقی یافتہ ہو تو پیش از میعاد وضع حمل کا امالہ کرانا کبھی مناسب نہیں ہوتا، کیونکہ یہ مریضہ کے لئے اتنا ہی نقصان رساں ہوتا ہے جتنا کہ پورے دن پر وضع حمل۔ لہذا حمل کو قائم رہنے دینا چاہیئے۔ اگر بظاہر یہ یقینی ہو کہ مریضہ پورے دن سے قبل فوت ہو جائے گی تو بچہ کی بہبودی کے خیال سے پیش از میعاد وضع حمل کا امالہ کرانا اخلاقاً جائز ہو سکتا ہے۔

ماں کو اپنے بچہ کو دودھ پلانے کی اجازت نہ دینا چاہیئے، اور اُسے خبردار کر دینا چاہیئے کہ چومنے سے سرایت منتقل ہوتی ہے۔

ٹیوبرکلس (تدرنی) عورتوں میں خواہ مخواہ ایبارشن (اسقاط) کا مشورہ نہ دینا چاہیئے۔ ایبارشن (اسقاط) ان صورتوں میں جائز ہے کہ جب کسی مریضہ کو ابتدائی تھیسس (pthisis = سل ریوی) ہو جو حال ہی میں دب گیا ہو اور حمل کا بار پڑنے کی وجہ سے امارات عود کر آئی ہوں۔

ترقی یافتہ اصابتوں میں سپائنل این ایس تھیسیا (spinal anæsthesia = شوکی عدم حسیت) کے تحت سیسرین سیکشن (شگاف قیصری) کے ذریعہ ولادت کرانی چاہیئے، اور فالوپین ٹیوبز (Fallopian tubes = فالوپی انبوبوں) کے استیصال اور بندش کے ذریعہ مریضہ کی تعقیم کر دینی چاہیئے۔ ان مریضاؤں میں جن میں تدرنی اضرار کم ترقی یافتہ ہوں، وضع حمل کا انصرام گیس اینڈ آکسیجن این ایس تھیسیا (gas and oxygen anæsthesia = گیس اور آکسیجن کی عدم حسیت) کے تحت، اور دوسرے مرحلہ کے ختم کے قریب تھوڑے سے کلوروفارم (chloroform) کے ذریعہ معمولی طریقہ پر انجام دینا چاہیئے۔ ایتھر (ether) سے اجتناب کرنا چاہیئے۔

میزلز (Measles = کھسرہ)

حاملہ عورت میں میزلز (کھسرہ) کے چند ہی واقعات مندرج ہوئے ہیں۔ اغلب ہے کہ ایبارشن (اسقاط) یا پیش از میعاد وضع حمل ہو جائے۔ مرض کا جنین کی طرف درون رحمی انتقال دیکھا گیا ہے، ممکن ہے کہ بچہ کی پیدائش کے وقت امتیازی طفحہ موجود ہو، یا یہ پیورپریم (نفاس) کے دوران میں رونما ہو۔ نوعمر شیرخواروں میں بلغمی کتار

(pulmonary catarrh = ریوی نازلت) کی وجہ سے میزلز (کھسرہ) خصوصیت سے خطرناک ہے۔

189 ٹائیفائڈ (Typhoid= تپ محرقہ)

ٹائیفائڈ (تپ محرقہ) حمل کی ایک خطرناک پیچیدگی ہے کیونکہ واقعات کی بہت بڑی تعداد میں ایبارشن (اسقاط) یا پیش از میعاد وضع حمل واقع ہوتا ہے لیکن حمل کا خود مرض پر بالکل اثر نہیں پڑتا۔ اعضائے جنین کے اندر عصیات ثابت کئے جا چکے ہیں اور جنینی معاء میں پیئر (Peyer) کی چکتیوں کا تقرح بھی پایا جاتا ہے۔

سمال پاکس (Smallpox= چیچک)

غیر حاملہ حالت کی نسبت دوران حمل میں سمال پاکس (چیچک) کا انذار زیادہ خطرناک ہوتا ہے، کیونکہ اس میں کانفلوئنٹ (confluent = التقائی) اور ہیمرہیجک سمال پاکس (hæmorrhagic smallpox = نزفی چیچک) زیادہ عام ہے۔ حمل پر نہایت عام اثر یہ ہوتا ہے کہ ایبارشن (اسقاط) یا پیش از میعاد وضع حمل کی تحریک ہوتی ہے۔ ایسے بچے پیدا ہوئے ہیں جن کے ثوران نکلا ہوا ہوتا ہے۔ بنوولر (دو بیضی) توأموں کی صورتوں میں ممکن ہے کہ صرف ایک ہی توام متاثر ہو۔ اس امر میں اختلاف ہے کہ آیا جدرین رسانی کا محافظ اثر ماں سے جنین میں منتقل ہو سکتا ہے یا نہیں، لیکن جب ضروری ہو تو حاملہ عورت میں جدرین رسانی کی جا سکتی ہے، ایبارشن (اسقاط) یا پیش از میعاد وضع حمل کی تحریک کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔

چکن پاکس (Chicken pox= جدیری)

چکن پاکس (جدیری) کا حاملہ اور غیر حاملہ عورت میں یکساں سیر ہوتا ہے۔ اختتام حمل کے امکان میں کوئی زیادتی نہیں ہوتی۔ ممکن ہے بچہ طفح سے ڈھکا ہوا پیدا ہو۔

سکارلٹ فیور (Scarlet fever = تپ قرمزی)

عام طور پر یہ بیان کیا گیا ہے کہ سکارلٹ فیور (تپ قرمزی)، بہ نسبت حمل کے زمانہ کے، پیورپیریم (نفاس) کے زمانہ میں زیادہ عام ہے۔ پیورپرل سیپسس (puerperal sepsis = نفاسی عفونت زدگی) میں، اور التہاب لوزہ اور سکارلٹ فیور (تپ قرمزی) کی بعض اصابتوں میں واضح تعلق پایا جاتا ہے۔ پیورپرل سیپسس (نفاسی عفونت زدگی) میں سب سے زیادہ قشبی عضویہ جو پایا جاتا ہے [ہیمولٹک سٹرپٹوکاکس (hæmolytic streptococcus = خون پاش نبقہ سبحیہ)]، وہ ان تینوں امراض میں مشترک ہے۔ یہ خیال رکھنا چاہیئے کہ پیورپرل سیپسس (نفاسی عفونت زدگی) کی اصابتوں میں جو طفحہ واقع ہوتا ہے، وہ قرمزی بخار کے طفحہ سے خلط ملط نہ کیا جائے۔ اگر یہ تپ دوران حمل میں واقع ہو، بالخصوص اگر حمل کے ایام مختتمہ میں واقع ہو، تو مرض زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔ ابتدائی مہینوں میں ایبارشن (اسقاط) ہونے کا اندیشہ ہے۔ اس امر کا کوئی اطمینان بخش ثبوت نہیں ہے کہ جنین پیدا ہوتے وقت اس مرض میں مبتلا ہوتا ہے۔

کوریا (Chorea = داء الرقص) 190

سبب

کوریا (داء الرقص) اور حمل کا اجتماع عموماً اس نوعمر پرمی گریویڈا (اولیں حاملہ) میں واقع ہوتا ہے جس کو رومیٹک فیور (رثیتی تپ) ہو چکا ہو۔ یہ امر کہ حمل کوریا (داء الرقص) کے حملہ کی استعداد پیدا کرتا ہے قرین قیاس معلوم ہوتا ہے، اس لئے کہ یہ مرض، قطع نظر بچپن کے، حاملہ عورت میں نہایت عام ہے۔ بعض اوقات کسی عصبی بار کی شہادت پائی جاتی ہے، لیکن سب سے زیادہ جدید رائے یہ ہوگی کہ اس کو ٹاکسیمیاز (تسممات دموی) میں شمار کیا جائے۔

علامات و امارات

واقعات کی غالب تعداد میں کوریا (داء الرقص) حمل کے ابتدائی چار ماہ میں ظاہر ہوتا ہے۔ ایک اوسط حملۂ مرض سے جو کہ غیر حاملہ عورت میں واقع ہوتا ہے، یہ اس حیثیت سے مختلف ہوتا ہے کہ یہ زیادہ شدید ہوتا ہے، چنانچہ حرکات زیادہ تند ہوتے ہیں، دبلا پن زیادہ ہوتا ہے، اور ماںنیا کی طرف میلان بڑھ جاتا ہے۔

انذار

انذار اتنا زیادہ خطرناک نہیں ہوتا جتنا کہ زمانہ ماضی میں فرض کیا جاتا تھا۔ واقعات کی زیادہ غالب تعداد میں حمل، اور وضع حمل کا امر متاثر نہیں ہوتا۔ مس کیرینج (املاص) اور پیش از میعاد وضع حمل غالباً کسی قدر زیادہ کثیر الوقوع ہیں — مرض عموماً اختتام حمل کے بعد فوراً ہی غائب ہو جاتا ہے۔

علاج

مریضہ کے لئے بستر پر مکمل آرام اور بافراط غذا ضروری ہے۔ ممکن ہے کہ اسکے حرکات کی شدت کی وجہ سے اس کی نگرانی کی ضرورت ہو۔ اسٹیل سیلی سائلک ایسڈ (acetyl-salicylic acid) اور سیلی سلیٹس (salicylates) کے علاوہ کوئی ادویہ مفید نہیں پائی گئیں۔ اگر ضرورت ہو تو مریضہ کو کلورل (chloral) اور برومائڈ (bromide) کی مدد سے سلانا چاہئے۔ یہ نہایت ضروری ہے کہ مریضہ کو الگ تھلگ رکھا جائے، اور اس کو ہر طریقہ پر اطمینان دلایا جائے۔ اگر کوئی شبہ ہو کہ کوریا (داء الرقص) پریشانی کی وجہ سے پیدا ہوا ہے تو پریشانی کا سبب معلوم کرنے کی کوشش کرنا چاہئے، اور اگر ممکن ہو تو اسے رفع کرنا چاہئے۔ علاج میں ایک اہم چیز یہ ہے کہ ایک زیرک نرس (ممرضہ) کے ذریعہ نگرانی اور ضبط رکھا جائے۔

حمل ختم کرنے کے سوال پر صرف اسی وقت غور کرنا پڑتا ہے جب کہ مریضہ کی زندگی خطرہ میں ہو، جو کہ خوش قسمتی سے شاذ و نادر ہوتا ہے، بشرطیکہ مریضہ کا مناسب طور پر

علاج کیا گیا ہو۔ اختتام حمل کی صورتوں میں تعداد اموات زیادہ ہوتی ہے، اور
شائع شدہ اعداد و شمار سے ظاہر ہوتا ہے کہ عملیتی طور پر حمل ختم کرنے کی بہ نسبت، اگر خود بخود 191
حمل ختم ہو جائے، تو معتد بہ اچھے نتائج مترتب ہوتے ہیں۔

اس میں خفیف ترین بھی شبہ نہیں ہے کہ بہت سی اصابتوں میں وضع حمل کا امالہ مریضہ کی موت کا باعث ہوا ہے۔

اپنڈیسائٹس (Appendicitis = التہاب زائدہ)

اپنڈیسائٹس (التہاب زائدہ) اور حمل کا اجتماع اتنا قلیل الوقوع نہیں جتنا کہ شائع شدہ واقعات سے کوئی شخص فرض کر سکتا ہے۔ ایک حاد حملہ پہلی مرتبہ پیدا ہو سکتا ہے، یا مزمن حملہ کا ثانوی نتیجہ ہو سکتا ہے اس وقت جبکہ بڑھتے ہوئے رحم نے زائدہ کے پڑوس میں انضمامات توڑ دئیے ہوں۔

تشخیص

داہنی جانب شکمی درد کے اسباب یہ ہیں۔ پائلائٹس (pyelitis = التہاب حوض گردہ)، اکسٹرا یوٹرائن پریگننسی (خارج الرحم حمل)، صفراوی یا کلوی قولنج، اور اپنڈیسائٹس (التہاب زائدہ)۔ اس کے علاوہ جب درد بہت محدود المقام نہیں ہوتا، تو شائد اس کی وجہ وضع حمل اور مس کیریج (املاص) ـــــ سے پیدا شدہ رحمی انقباضات ہوتے ہیں۔ سب سے زیادہ کثیر الوقوع غلطی یہ ہے کہ پائلائٹس (pyelitis) کو اپنڈیسائٹس (التہاب زائدہ) کے ساتھ خلط ملط کیا جائے، اس لئے کسی مشتبہ صورت میں قارورہ کا غور سے امتحان کرنا چاہیئے۔

اس قے پر جو کہ اپنڈیسائٹس (التہاب زائدہ) کے ساتھ پائی جاتی ہے، پرنیشس وامٹنگ (متلف قے) کا مغالطہ ہوا ہے، لیکن قے کے یک بیک آغاز، نبض کی کیفیت، تپش اور قارورہ سے تشخیص واضح ہو جانا چاہیئے۔

پیورپریم (نفاس) کے ابتدائی ایام میں اکثر موقعوں پر اپنڈیسائٹس (التہاب زائدہ) کو پیورپرل سپسس (نفاسی عفونت) کے ساتھ خلط ملط کیا گیا ہے۔

انذار

حمل اور پیور پیریم (نفاس) کے دوران میں اپنڈیسائٹس (التہاب زائدہ) کا خطرہ بڑھ جاتا ہے، کیونکہ اپنڈیسائٹس (التہاب زائدہ) کو جلد تشخیص کرنا اور عملیہ کے بعد حوض کی اچھی طرح میلیت کرنا زیادہ دشوار ہوتا ہے اور بڑھتے ہوئے رحم کی وجہ سے التہاب کے پھیلنے کا خطرہ زیادہ ہوتا ہے۔ مس کیریج (املاص) واقع ہونے کا بھی امکان ہے۔

علاج

حمل کو نظر انداز کر دینا چاہیئے۔ اگر حمل سے قطع نظر، عملیہ قرین مصلحت ہو، تو اسے کرنا چاہیئے۔ اگر کسی عورت پر ایک حملہ ہو چکا ہو اور اس کے حاملہ ہو جانے کا اندیشہ ہو، تو حفظ ما تقدمی علاج کی حیثیت سے اس کی اپنڈیکاٹومی (appendicotomy = زائدہ برآری) مطلوب ہے۔

192

باب ستم

وہ امراض جو حمل کے ہمراہ پائے جاتے ہیں (بسلسلۂ ماسبق)

مزمن التہاب گردہ

مزمن التہاب گردہ کے ساتھ حمل ہونا ایک نہایت خطرناک پیچیدگی ہوسکتا ہے۔ دوران حمل میں گردوں کو تبدیل شدہ مادری تحوّل کے حاصلات کو ہی نہیں بلکہ جنینی فاضل حاصلات کو بھی خارج کرنا پڑتا ہے۔ لہذا اگر مریضہ کو مزمن التہاب گردہ ہے، تو وہ گردے جو حمل سے پہلے ٹھیک اتنی صلاحیت رکھتے تھے کہ معمولی روزمرہ کے تحول سے عہدہ برا ہوں، اب ان کو زائد کام کرنا پڑتا ہے جس سے ان کی فعلیت بگڑ جانے کا امکان ہے۔

علامات

بہت سی اصابتوں میں مزمن التہاب گردہ کوئی ایسی علامات پیدا نہیں کرتا جو خطرناک اہمیت رکھتی ہوں، مگر حمل کے کسی زمانہ میں بھی علامات واقع ہوسکتی ہیں۔ عام طور پر مریضہ تقریباً حمل کے پانچویں ماہ میں دردِ سر، ٹانگوں کے تہبّج اور قے کی وجہ سے مشورہ کی طالب ہوتی ہے۔ معائنہ کرنے پر چہرہ پھیکی رنگت کا معلوم ہوتا ہے، اور پپوٹے بالخصوص چلنے کی حالت میں پھولے ہوئے ہوتے ہیں۔ ٹانگوں اور ٹخنوں میں تہبّج ہوتا ہے،

اور ولوا (فرج) میں بھی تہیج ہو سکتا ہے۔ قلب بیش پروردگی کے امارات ظاہر کرتا ہے، ریڈیل (کعبری) شریانیں دبیز محسوس ہوتی ہیں، اور فشار خون مرتفع ہوتا ہے۔ ۲۰۰ ملی میٹر سیماب (انکماشی دباؤ) سے زاید کی مقدار عام ہیں۔ بلڈ پلازما (blood-plasma = دموی پلازما) میں اُس سے کم بائی کاربونیٹ اور کم کیلشیم ہوتا ہے، کہ جتنا غیر حاملہ حالت میں ہوتا ہے۔ لہذا مزمن التہاب گردہ کو ٹاکسک البیومن یوریا (البیومن بولیت) سے تمیز کیا جا سکتا ہے کیونکہ آخرالذکر میں مذکورہ بالا مادوں کی مقدار بالکل نہیں گھٹتی۔ قارورہ میں البیومن (albumin) اور ایپی تھیلیل کاسٹز (سر حلمی سانچے) ہوتے ہیں۔ گذشتہ روداد کی تفتیش اکثر اوقات یہ ظاہر کرتی ہے کہ مریضہ سکارلٹ فیور (حمی قرمزی) یا ڈفتھیریا (diphtheria = خناق وبائی) میں مبتلا رہ چکی ہے اور اس کے بعد اُس نے کبھی کبھی چہرہ اور ٹانگوں کے تہیج کی، اور کم مقدار میں پیشاب آنے کی شکایت کی ہے کہ جس میں البیومن تھا۔ ان حملوں کے درمیان اس نے زیادہ مقداروں میں پیشاب کیا ہے جس کی کثافت نوعی بہت کم تھی اور جس میں البیومن کا شائبہ تھا۔

193

مزمن التہاب گردہ پر حمل کے اثرات

جب گردے پہلے ہی سے مرض زدہ ہوں، تو ان کو حمل عموماً اور نقصان پہنچاتا ہے، اور یہ نقصان مستقل ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ (۱) گردے مادری اور جنینی دونوں کے فاضل حاصلات کو خارج نہیں کر سکتے یا (۲) اگر ٹاکسیمیا آف پریگننسی (حملی تسمم دم) کی علامات واقع ہو جائیں، تو زہر کے اخراج کے عمل میں گردوں کو نقصان پہنچ سکتا ہے۔

(۱) اس گروہ میں مریضائیں حمل کے ابتدائی مہینوں میں اپنی معمولی صحت میں نظر آتی ہیں، تاوقتیکہ کلوی فعلیت کی کمی کے آثار پیدا نہ ہو جائیں۔ یہ تقریباً پانچویں ماہ میں واقع ہوتا ہے، اور مریضہ دردسر، قے اور تہیج کی شکایت کرتی ہے۔ اگر علامات کو ترقی کرنے دیا جائے، تو تہیج زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ شکمی دیواریں بھی متاثر ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ پلورل افیوژن (pleural effusion =

پلوری انصباب)، اور پھیپھڑوں کے تہیج کے امارات موجود ہوں۔ قارورہ کی مقدار قلیل ہو جاتی ہے، اور البیومن کی مقدار بڑھتی ہے، ایپی تھقلیل (سرحلمی) ہایا لائن (زجاجی) اور گرینولر کاسٹس (ذراتی سبائک) بافراط ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ خون موجود ہو۔ عام طور پر البیومن یورک ریٹی نائٹس (albuminuric retinitis = البیومن بولیتی التہاب شکبیہ) معہ شعلہ نما نزفات کے پایا جاتا ہے۔

ان علامات کے ہوتے ہوئے ایک مریضہ پر بتدریج یا بعض اوقات دفعتاً ایک غنودگی کی حالت طاری ہو جاتی ہے، جو بڑھکر قوما کی حالت ہو جاتی ہے، اور قوما کے ہمراہ عضلاتی جھٹکے یا یوریمیا (uræmia = تسمم بولی) کے کانولشنز (تشنجات) ہوتے ہیں۔

(۲) اس گروہ میں، مزمن التہاب گردہ کی علامات ٹاکسیمیا آف پریگننسی (حمل کے تسمم دم) کی علامات متنزاد ہو جاتی ہیں۔ یہ علامات حمل کے کسی زمانہ میں بھی ظاہر ہو سکتی ہیں، اور بہت جلد یعنی دوسرے ماہ میں مشاہدہ کی گئی ہیں، عموماً یہ آخری مہینوں میں پیدا ہوتی ہیں۔ مرض کی اس شکل میں، علامات جو کہ مزمن ہو سکتے ہیں، اکثر اوقات نہایت ہی ناگہانی طور پر شروع ہو کر اشتداد اختیار کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ کچھ سستی، خفیف تہیج اور درد سر سے قطع نظر، مریضہ اپنے کو تندرست محسوس کرے۔ دفعتاً درد سر زیادہ شدید ہو جاتا ہے، مریضہ قے کی شکایت کرتی ہے، اور اس پر سرعت کے ساتھ قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ قارورہ قلیل المقدار ہوتا ہے، اور اس میں بہت سا البیومن ہوتا ہے۔ یہ اصابتیں بیشتر اوقات مہلک ہوتی ہیں۔ گردوں کا بعد الموت معائنہ کیا جائے تو کہنہ التہاب گردہ پایا جاتا ہے، کیونکہ گردے کان ٹریکٹڈ (منقبض) اور گرینولر (ذراتی) ہوتے ہیں اور ان میں بہت زیادہ لیفی بافت ہوتی ہے، اور اس کے علاوہ ایکیوٹ ٹاکسیمیا (حاد تسمم دم) کا ثبوت پایا جاتا ہے کیونکہ ایپی تھیلیم (سرحلمہ) حاد انحطاط کی حالت میں ہوتا ہے۔

مزمن التہاب گردہ کے اثرات حمل پر

مزمن التہاب گردہ استقرار حمل کو نہیں روکتا، لیکن اگر مریضہ حاملہ ہو جائے تو مس کیرج (املاص) یا پیش از میعاد وضع حمل ہونے کا امکان ہے۔ اصابتوں کے

ایک سلسلہ میں تفتیش کرنے پر معلوم ہوا کہ ایک تہائی اصابتوں میں از خود مس کیرج (املاص) ہو گیا۔ ایک عام پیچیدگی ایکسیڈنٹل ہیمرج (اتفاقی نزف) ہے۔

194 اکثر دیکھا جاتا ہے کہ بچہ پیدائش سے قبل مر جاتا ہے۔ اس کی وجہ کچھ تو غالباً وسیع پلیسنٹل (مشیمی) ضررات کی موجودگی اور پلیسنٹل (مشیمی) فعلیت کا زائل ہو جانا ہے، اور کچھ اس کی وجہ مستزاد شدہ ٹاکسیمیا (تسمم دم) ہے۔

تشخیص

اس حالت میں جبکہ حمل مزمن التہاب گردہ سے پیچیدہ ہو، اور اس حالت میں جبکہ سابق التہاب گردہ کے بغیر پریگننسی ٹاکسیمیا (حملی تسمم دم) ہو، تفریق کرنا اکثر اوقات نہایت دشوار معاملہ ہوتا ہے۔ یہ دونوں حالتیں ایک زمانہ تک خلط ملط کی جاتی رہیں۔ ان میں دردِ سر، قے، تہیج اور البیومن یوریا (البیومن بولیت) کی علامات ایسے امور ہیں جو نمایاں مماثلت رکھتے ہیں، اور بیشتر اوقات اس امر سے کہ مزمن التہاب گردہ کی حالت پر جو پہلے ہی سے موجود ہو، ٹاکسیمیا (تسمم دم) کی حالت مستزاد ہونے کا امکان ہے، دشواری زیادہ ہو جاتی ہے۔

ان دونوں حالتوں کے درمیان تفریقی نکات کیا ہیں، یہ امر حمل کے ٹاکسک البیومن یوریا (سمی البیومن بولیت) اور ایکلیمپسیا (التشناج) کے مضمون پر بحث کرتے وقت زیادہ تفصیل سے بیان کیا جا چکا ہے۔ اب یہ یاد دلانا کافی ہوگا کہ مزمن التہاب گردہ کی صورت میں اکثر اوقات یہ روئداد ہوتی ہے کہ سکارلٹ فیور (حمیٰ قرمزی) یا ڈفتھیریا (خناق وبائی) کے بعد کلوی مرض کا ثبوت پایا گیا ہے اور یہ کہ زمانہ سابق میں قارورہ کی مقدار کثیر اور کثافت نوعی کم تھی، اور اس میں البیومن کا ایک شائبہ تھا۔ دوران حمل میں جب حملہ ہوتا ہے تو قارورہ میں کاسٹس (سانچے) کی نمایاں تعداد ہوتی ہے۔ لیکن مجموعی نائٹروجن، یوریا، اور ایمونیا کوفشنٹ (قدر ایمونیا) میں قریب قریب کوئی تبدیلی نہیں ہوتی۔ البیومن یورک ریٹی نائٹس (البیومن بولیتی التہاب شبکیہ) زیادہ عام ہے۔ بلڈ یوریا (bloodurea = دموی یوریا) زیادہ ہو جاتا ہے، لیکن خون کا بائی کاربونیٹ

(bicarbonate) اور کیلشیم ما فیہا کم ہوجاتا ہے، اور پیشاب میں یوریا کا ازنکاز کم ہوجاتا ہے (وان سلائک Von Slyke کا کاشفہ) ۔ بولی پروٹینوں کا باہمی تناسب یہ ہوتا ہے، ۶ حصہ البیومن اور ۱ حصہ گلوبولن (globulin) ۔ ان تمام نکات پر غور کرتے ہوئے یہ یاد آئے گا کہ ٹاکسیمیا آف پریگننسی (حمل کے تسمم دم) میں صورت حال اس کے برعکس ہوتی ہے (دیکھو صفحہ 97) ۔

اگر مریضہ کو کانولشنز (تشنجات) یا قوما شروع ہونے کے بعد دیکھا جائے تو تفریقی تشخیص اور بھی دشوار ہوجاتی ہے، مگر پیوریپریم (نفاس) کے دوران میں علامات اتنا جلد رو بہ اصلاح نہیں ہوتے، جتنا جلد کہ ایکلیمپیا (الشناج) کے علامات رو بہ اصلاح ہوجاتے ہیں ۔ فشار خون بہت دھیرے دھیرے گرتا ہے، اور قارورہ میں البیومن اور کاسٹز (سانچے) برابر آتے رہتے ہیں، بلکہ بہت مہینوں تک آتے رہتے ہیں ۔

انذار

بچہ کے متعلق انذار خراب ہوتا ہے ۔ واقعات کی ایک بڑی تعداد میں پیش از میعاد وضع حمل واقع ہوتا ہے، اور بچہ اکثر اوقات مردہ ہوتا ہے، یا ممکن ہے وضع حمل سے قبل ہی مرا ہوا ہو ۔ جہاں تک ماں کا تعلق ہے، حمل کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ماں کے گردوں کو 195 اور بھی نقصان پہنچتا ہے، اور اس طرح جو ضررات پیدا ہوتے ہیں وہ مستقل ہوتے ہیں ۔ ماں کی زندگی کے متعلق فوری انذار اچھا ہوتا ہے، بشرطیکہ کوئی کانولشنز (تشنجات) نہ طاری ہوں ۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ اگر جنین مرجائے یا خارج ہوجائے، تو بالعموم علامات میں نمایاں تخفیف ظاہر ہوتی ہے، مگر ایسا ہمیشہ واقع نہیں ہوتا ۔ اگر مریضہ زندہ بچ جائے، تو گلوی مرض کے علامات بدرجہ اشتداد قائم رہتے ہیں، اور اگر وہ دوبارہ حاملہ ہوجائے تو علامات زیادہ جلد شروع ہوجاتے ہیں اور زیادہ شدید ہوتے ہیں ۔ اس بنا پر اکثر اوقات یہ مشورہ دیا گیا ہے کہ مزمن التہاب گردہ کی مریضاؤں کو شادی نہ کرنا چاہیے ۔ لیکن ایسا مشورہ دینا طبیب کے فرائض میں داخل نہیں ہے ۔ ایسی مریضاؤں کو خطرات سے آگاہ کردینا طبیب کا فرض ہے مگر شادی کے متعلق فیصلہ کرنا ان کا اپنا کام ہے ۔ ایسا مشورہ کبھی کبھی مریضاؤں نے نہیں مانا ہے، اور واقعات مندرج ہیں کہ جن میں مزمن التہاب گردہ والی

عورتیں کامیابی کے ساتھ کئی حمول سے عہدہ برآ ہوئیں اور زندہ رہیں۔

علاج

علاج وہی ہے کہ جو حمل کے ٹاکسک البیومن یوریا (سمی البیومن بولیت) کے لئے کیاجاتا ہے (دیکھو صفحہ 95)، لیکن چونکہ گردوں کا نقصان زیادہ مستقل نوعیت کا ہوتا ہے، اس لئے حمل کے ختم کرنے میں آتنا تامل نہ ہونا چاہیئے۔ البیومن یورک ریٹی نائٹس (البیومن بولیت التہاب شبکیہ) کا آغاز اس امر کا داعیہ سمجھنا چاہیئے کہ ایبارشن (اسقاط) کا فوری انڈکشن (امالہ) یا سیزیرین سکشن (شگاف قیصری) کر دیا جائے، کیونکہ اگر ذرا سی بھی تاخیر کی جائے تو بصارت کی مستقل کمی کا خطرہ زیادہ ہوجاتا ہے۔ مزمن التہاب گردہ کی ان اصابتوں میں جو بلڈ کیلشیم (blood-calcium) کی مقدار میں بہت بڑی تخفیف ظاہر کرتی ہیں، کیلشیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) درون وریدی طور پر دیا جاسکتا ہے۔

دورانِ حمل میں

پایالائٹس (pyelitis= التہاب حوض) اور

پائلو نفرائٹس (pyelo-nephritis= التہاب حوض و گردہ)

تعریف۔ زمانہ حال میں ان مریضاؤں کی طرف جن کے گردوں سے بزمانہ حمل قارورہ میں پیپ آتی ہے، بہت زیادہ توجہ مبذول کی گئی ہے۔ زمانہ حال تک یہ کیفیت حمل کا نتیجہ سمجھی جاتی تھی کیونکہ یہ دیکھا جاتا تھا کہ اگر حمل ختم کر دیا جائے تو علامات روبہ اصلاح ہوجاتی ہیں، اور اس کیفیت کو موسوم کرنے کے لئے پایا لائٹس آف پریگننسی (pyelitis of pregnancy= حمل کا التہاب حوض) کا نام استعمال کیا جاتا تھا۔ لیکن مماثل علامات بغیر حمل کے بھی واقع ہوتے ہیں، یہ مردوں میں مشاہدہ کئے گئے ہیں، اور نوعمر بچوں میں یہ بالکل عام مرض ہے۔

مزید براں "پایالائٹس (التہاب حوض)" کے لفظ کا استعمال وسیع معنوں میں ہونا چاہیئے، کیونکہ کلوی ضررات ہمیشہ گردہ کے حوض تک محدود نہیں رہتے۔ جرم گردہ یوریٹرز (ureters= حالبین)، اور مثانہ بھی التہابی اعمال سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ چونکہ سرائیتی عضویہ کثرت سے بیسلس قولائی (bacillus coli = عصیہ قولونی) کے گروہ کا ہوتا ہے، اس لئے بعض مؤلفین اس حالت کیلئے "دوران حمل میں بیسلس قولائی (عصیہ قولونی) سے سرایت زدگی" کی اصطلاح 196
استعمال کرتے ہیں۔ لیکن اس اصطلاح کے استعمال پر یہ اعتراض وارد ہوتا ہے کہ وہ دوسرے عضویات کی سرائیت مستثنیٰ کر دیتا ہے، حالانکہ حقیقت یہ ہے کہ بعض اوقات یہ بھی واقع ہوتی ہے۔ دوران حمل میں پایالائٹس (التہاب حوض) یا پائلونفرائٹس (التہاب حوض وگردہ) کی اصطلاح اس قدر سہولت وہ ہے کہ ہمارا خیال ہے کہ یہاں اسی کو استعمال کیا جائے۔

ضرورت ہے کہ اس کا وضاحت سے تعین کر دیا جائے کہ اس اصطلاح سے کیا مراد ہے۔ اس اصطلاح کا اطلاق صرف ان اصابتوں پر کیا جاتا ہے جن میں حمل سے قبل گردے تندرست رہے ہوں اور ان میں کوئی ثبوت مرض کا نہ پایا گیا ہو۔ چنانچہ جن کیفیات میں پائی یوریا (pyuria = قیح بولیت) پایا جاتا ہے، جیسے ٹیوبرکلس (تدرنی مرض) یارینل کیلکولائی (کلوی حصوات)، وہ کیفیات اس تعریف میں شامل نہیں کی جاتیں۔ یہ مرض عموماً بیس اور تیس سال کی عمروں کے درمیان واقع ہوتا ہے اور اول حمل کے دوران میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ علامات بالعموم حمل کے پانچویں اور چھٹے مہینوں میں ظاہر ہوتے ہیں، لیکن کسی وقت بھی پیدا ہو سکتے ہیں، اور بعض اوقات پیورپیریم (نفاس) کے زمانہ میں پیدا ہوتے ہیں۔

بیان کیا گیا ہے کہ ایک ہی حمل میں ۱۵ سے ۲۰ فی صدی واقعات میں ریلیپ سز (relapses = نکسات) واقع ہوتے ہیں، اور بعد کے حمول میں تقریباً ۱۰ فی صدی واقعات میں اس کے حملے دیکھے گئے ہیں۔

مرضی تشریح

پائلائٹس (التہاب حوض) میں مبتلا مریض بہت کم مرتے ہیں۔ لہٰذا خفیف اصابتوں کے

بعد الموت ضررات معلوم نہیں ہیں ۔ مندرجہ ذیل بیان صرف شدید اصابتوں کے متعلق ہے ۔

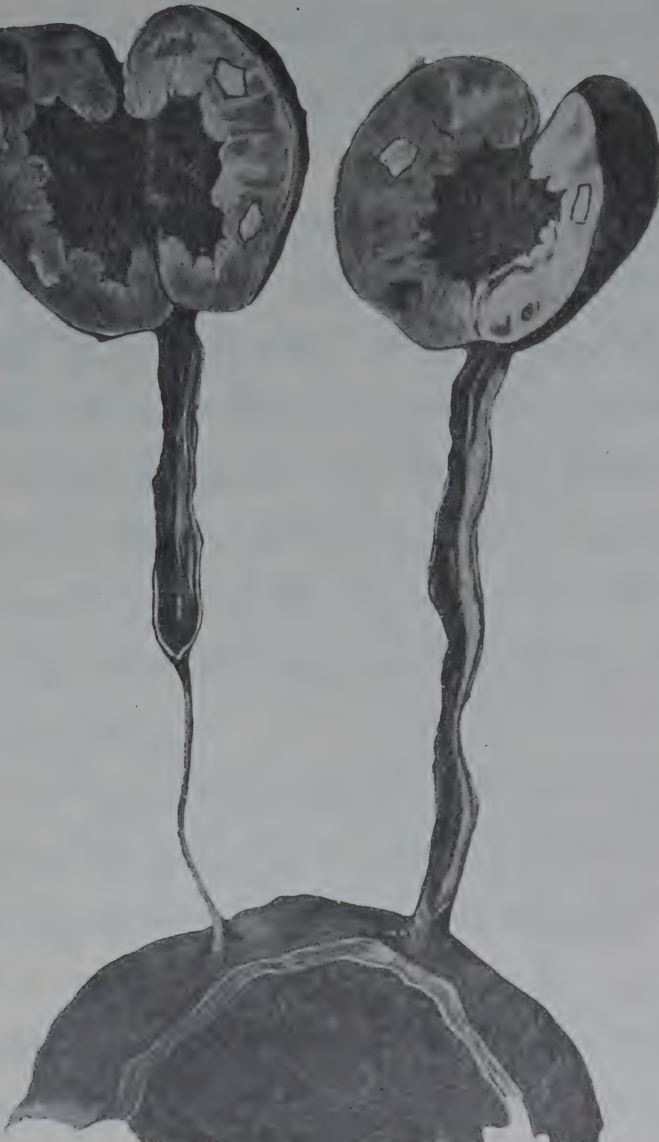
گردے ۔ عموماً دا ہنا گردہ متاثر ہوتا ہے ۔ مندرجہ اصابتوں میں سے ۵۵ فی صدی جانب راست، ۳۵ فی صدی بائیں جانب، اور ۱۰ فی صدی دونوں جانب ہوتی ہیں ۔

گردہ پھیکے رنگ کا اور معمول سے زیادہ نرم ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ وہ اپنے پیلوسس (حوض) کے تمدد کی وجہ سے، جو قریب قریب ہمیشہ واقع ہوتا ہے، بڑھا ہوا ہو ۔ کٹی ہوئی سطح پیلوسس (حوض) کا کچھ اتساع ظاہر کرتی ہے، جو کہ اشراب شدہ، دبیز اور کھرکھرا ہوتا ہے ۔ اکثر اوقات رینل کارٹکس (renal cortex = کلوی قشرہ) کے اندر چھوٹے چھوٹے خراجی کھفے پائے جاتے ہیں، جن میں گردے کے پیلوسس (حوض) کے مثل پیپ ہوتی ہے اور جس سے علتی عضویات بلا واسطہ حاصل کئے جا سکتے ہیں ۔ خرد بینی تراشں جرم گردہ میں کوئی تغیر نہیں ظاہر کرتی، البتہ خراجی کہفوں کے خطوں میں چھوٹے خلیات در ریزی کرتے پائے جاتے ہیں ۔

یوریٹرز (حالب) ۔ ایک یا دونوں یوریٹرز (حالب) حقیقی پیلوس (حوض) کی برم (گگر) کے نیچے عموماً طبعی ہوتے ہیں، اور برم (گگر) سے اوپر متسع ہوتے ہیں ۔ ان کی استر کرنے والی غشاء، دبیز اور اشراب شدہ ہوتی ہے ۔ اتساع کی مقدار عموماً گوس قول (goose quill = ہنس کے پر کی قلم) کے اتساع سے زائد نہیں ہوتی، لیکن ایسے واقعات مشاہدہ کئے گئے ہیں کہ جن میں اتساع اتنا عظیم تھا کہ حالب ایک معاء صغیر کے ٹکڑے سے ملتا جلتا تھا ۔ ممکن ہے کہ یوریٹر (حالب) ملفف ہو، یا اس میں بعض جگہ بل پڑا ہوا ہو، اور ممکن ہے کہ یوریٹر (حالب) کے اور نواحی ساختوں کے مابین انضمامات موجود ہوں ۔

197 مثانہ ۔ ممکن ہے کہ کوئی غیر طبعی کیفیت نہ ظاہر کرے ۔ تاہم اصابتوں کی کچھ تعداد میں سسٹائٹس (التہاب مثانہ) کے امارات ہوتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ یہ پایالائٹس (التہاب حوض) کے حملہ کا پیش رو ہوا ہو، یا یہ براہِ راست پایالائٹس (التہاب حوض گردہ)

کے نتیجہ میں پیدا ہوا ہو۔



تصویر ۲۲۴۔ داہنے یوریٹر (حالب) کا ایک حصہ اور کل بایاں یوریٹر (حالب) متسع نظر آتے ہیں۔ گردے بڑھے ہوئے ہیں اور کارٹکس (قشرہ) کا ایک ٹکڑا دبیز نظر آتا ہے۔ بالعموم دایاں یوریٹر (حالب) بائیں کی بہ نسبت زیادہ متاثر ہوتا ہے۔

امراضیات

یہ امر قابل مشاہدہ ہے کہ ان اسامیتوں میں یوریٹرز (حالبوں) اور پیلوس آف دی کڈنی (حوض گردہ) کا کچھ انساع موجود ہوتا ہے۔ اس متسع حصہ میں بول کے جمع ہونے کا اور سرائیت پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے لیکن یہ ہمیشہ ضروری نہیں ہوتا کہ بول کی برآمد میں کچھ رکاوٹ ہی ہو تو سرایت واقع ہوتی ہے۔

جب ہم اس اتساع کے، جو کہ عموماً موجود ہوتا ہے، سبب کی جستجو کرتے ہیں، تو یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ اُن عورتوں کے بعد الموتی معائنہ پر بھی جو حمل کے موخر مہینوں میں مختلف اسباب سے فوت ہو چکی ہوں، بالعموم اسی قسم کا کچھ اتساع پایا جاتا ہے اور یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ مذکورہ بالا اتساع بعض اوقات دو جانبی ہوتا ہے، لیکن زیادہ عام طور پر یک جانبی اور جانب راست ہوتا ہے، یا جانب راست زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ ان امور کی توجیہہ غالباً یہ ہے کہ یہ انساع خود حامل رحم کے میکانی دباؤ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ چنانچہ علامات تقریباً پانچویں یا چھٹے مہینے سب سے زیادہ نمایاں ہوتے ہیں جب کہ رحم پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) کو پُر کر دیتا ہے۔ اگر اتساع کا سبب جنینی سر ہوتا تو علامات حمل کے اختتام کے قریب سب سے زیادہ نمایاں ہوتے جب کہ سر سب سے زیادہ دباؤ ڈالنے کے قابل ہوتا ہے۔ یہ یاد ہوگا کہ یوریٹر (حالب) حقیقی پیلوس (حوض) کی برم (لگر) سے اوپر اور اس کے نیچے، دونو جگہ نرم ساختوں پر پڑا ہوتا ہے، اور یہ کہ وہ ٹھیک اس جگہ سب سے زیادہ دباؤ کے زیر اثر ہوتا ہے جہاں وہ برم (لگر) کے اوپر سے گزرتا ہے۔ کتوں پر تجربات سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ رکاوٹ پیدا کرنے کے لئے بہت کم دباؤ کی ضرورت ہوتی ہے، چنانچہ ۸ ملی میٹر یوریٹر (حالب) پر ۲۵ گرام وزن کے دباؤ نے ۰۰ ۴ گرام بول کے بہاؤ کو روک دیا۔

مزید برآں یہ اغلب ہے کہ داہنا یوریٹر (حالب) اس لئے زیادہ عام طور پر متاثر ہوتا ہے کہ رحم میں داہنی طرف جھکنے اور اپنے انتصابی محور پر بل کھانے کا میلان پایا جاتا ہے، اس سے رحم کی بائیں طرف سامنے کو ہو جاتی ہے اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ داہنی طرف کے یوریٹر (حالب) میں بل بھی پڑتا ہے اور اس پر دباؤ بھی پڑتا ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ داہنا یوریٹر (حالب) بائیں یوریٹر (حالب) کی نسبت خط وسطی سے زیادہ دور بھی ہوتا ہے۔ اس لئے سیکرل پرومانٹری (sacral promontary= عجزی طنف) کا ابھار اس کی کم حفاظت کرتا ہے۔

تاہم بعض لوگ سمجھتے ہیں کہ ممکن ہے یوریٹر (حالب) کے اتساع کی وجہ دباؤ نہ ہو، بلکہ اس کی دیواروں کی بے تنشی ہو۔ اس نظریہ کی تائید جن مشاہدات سے ہوتی ہے وہ یہ ہیں کہ اتساع یوریٹر (حالب) کے کسی حصہ کو بھی متاثر کر سکتا ہے اور حقیقی پیلوس (حوض) کی برم (کگر) سے اوپر کے حصہ تک ہی محدود نہیں ہوتا۔ یہ کہ اتساع اس لیول (level) سے نیچے بھی واقع ہو سکتا ہے، بلکہ نیچے اس جگہ تک پھیلا ہوا ہو سکتا ہے کہ جہاں یوریٹر (حالب) مثانہ کی دیوار میں منتہی ہوتا ہے۔

199 سارِی عضویہ۔ اس حالت کا سبب تقریباً ہمیشہ بیسلس قولائی (عصیہ قولونی) کے گروہ کا ایک عضویہ ہوتا ہے۔ یہ عضویہ بذریعہ قاساطیر نہ صرف مثانہ ہی سے حاصل کیا جا چکا ہے، بلکہ یوریٹرل کیتھیٹرائزیشن (حالبی قاساطیریت) کے ذریعہ سے بلاواسطہ طور پر گردوں سے بھی حاصل کیا گیا ہے، جبکہ مثانہ سے تلوث کا امکان خارج از بحث ہو جاتا ہے۔

یہ عضویہ بالعموم خالص کاشت میں حاصل کیا جا سکتا ہے۔ بعض اوقات یہ مثالی بیسلس قولائی (عصیہ قولونی) کے حیاتی کیمیائی تعاملات پیش کرتا ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔

دیگر نوع کے عضویات کا واقع ہونا معلوم ہے جیسے بیسلس پیراٹائیفوسس (bacillus paratyphosus = عصیہ تپ محرقہ نما)، اسٹرپٹوکاکس (streptococcus = نبقہ سبحیہ)، اسٹیفائلوکاکس (staphylococcus = نبقہ عنبیہ) اور گونوکاکس (gonococcus = نبقہ سوزاکیہ)۔

سرائیت کا راستہ۔ سرائیت کے تین امکانی راستے ہیں جن سے عضویات گردہ تک پہنچتے ہیں۔

۱۔ خون کے ذریعہ سے (سرائیت نازلہ)۔

۲۔ بولی خطہ کے ذریعہ سے (سرائیت صاعدہ)۔

۳۔ معائی عروق لمفیہ کے ذریعہ سے (براہ راست سرائیت)۔

(۱) جوئے خون کے ذریعہ سے۔ سرائیت کا یہ طریقہ نہایت اغلب الوقوع خیال کیا جاتا ہے۔ تندرستی کی حالت میں بھی یہ ممکن ہے کہ جسم میں چند آوارہ گرد عضویات موجود ہوں، جو کہ جوئے خون میں غالباً ٹانسلز (tonsils = لوزتین)، یا معائی خطہ کی راہ سے داخل ہوتے ہیں۔ یہ تندرستی کی حالت میں گردوں کے ذریعہ سے خارج ہوتے ہیں۔ اگر گردے ضرر رسیدہ حالت میں ہوں تو اس کا امکان ہے کہ یہ عضویات ضرر رسیدہ بافت میں اٹک جائیں۔ یوریزی سسٹم (urinary system = بولی نظام) کا اس قسم کا ضرر دوران حمل میں موجود ہو سکتا ہے جیسا کہ یوریٹرز (حالبوں) اور رینل پیلویز (renal pelves = کلوی حوضوں) کے اتساع سے ظاہر ہوتا ہے، اور اس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ گردوں سے زائد کام طلب کیا جاتا ہے، کیونکہ ان پر ماں کے فاضل حاصلات کو ہی نہیں بلکہ جنین کے فاضل حاصلات کو بھی خارج کرنے کی ذمہ داری ہوتی ہے۔

یہ رائے تجرباتی ثبوت پر مبنی کی گئی ہے۔ خرگوش کے یوریٹرز (حالبوں) کو باندھ دیا گیا ہے، اور اس کے کان کی وریدوں میں بیسلس قولائی (عصیہ قولونی) اور سٹرپٹوکاکائی (streptococci = نبقہ سبحیہ) کا اشراب کیا گیا ہے۔ اس سے ہر صورت میں پائلو نفرائٹس (التہاب حوض و گردہ) پیدا ہوا ہے، اور علتی عضویہ دوبارہ حاصل کیا گیا ہے۔ یوریتھرا (مبال) کو باندھنے کے بعد بھی مماثل نتائج حاصل ہوئے ہیں۔

اس رائے کو مزید تقویت ان مشاہدات سے پہنچتی ہے کہ تقریباً ۲۰ فی صدی مثالوں میں حاملہ عورتوں کے پیشاب میں قولیفارم بیسلائی (coliform bacilli = عصیات قولونی نما) ہوتے ہیں، حالانکہ بولی سرائیت کا کوئی ثبوت نہیں ہوتا۔ اس کے متعلق یہ استدلال کیا جاتا ہے کہ یہ عضویات گردوں کی راہ سے خارج ہوئے ہیں۔

بخلاف اس کے اکثر اوقات عضویہ خون میں نہیں پایا جا سکتا اور اس کی کاشت نہیں کی جا سکتی، خواہ خون کا معائنہ علامات کے حادث ہونے کے وقت ہی کیوں نہ کیا جائے۔ تاہم چند مثالیں ایسی ہیں جن میں عضویہ اس طریقہ سے حاصل کیا گیا ہے۔

(۲) بولی خطہ کے ذریعہ سے۔ اس نظریہ میں یہ فرض کیا جاتا ہے کہ عضویہ 200
مثانہ اور یوریٹرز (حالبوں) کے ممر کے ساتھ ساتھ گردوں کی طرف چڑھتا ہے۔ جو لوگ

اس رائے کو قبول کرتے ہیں وہ یہ بتاتے ہیں کہ مریضاؤں کی ایک بڑی تعداد میں یہ حملے کسی قسم کے شدید گیسٹرو انٹسٹنل (gastro-intestinal= معدی معائی) اختلال کے بعد پائے جاتے ہیں، اور یہ کہ زنانہ یوریتھرا (مبال) بوجہ اپنے تشریحی تعلقات کے خصوصیت سے ریکٹم (معاء مستقیم) سے ملوث ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ اس قسم کی تلویث کا وقوع بہت اغلب نہیں، لیکن یہ حقیقت ہے کہ واقعات کی ایک معتد بہ تعداد میں پایالائٹس (التہاب حوض) سسٹائٹس (cystitis= التہاب مثانہ) کے بعد ہوتا ہے۔ یہ امر قطعی طور پر ثابت کیا جا چکا ہے کہ خواہ سسٹائٹس (التہاب مثانہ) کا کوئی سریری ثبوت نہ بھی ہو تو بھی مثانہ میں بیسلس قولائی (عصیہ قولونی) موجود ہو سکتا ہے۔

اس امر کو ایک تسلیم شدہ حقیقت سمجھنا چاہیئے کہ مثانہ میں عضویات بیشتر اوقات موجود ہوتے ہیں۔ اب سوال یہ پیدا ہوتا ہے کہ کیا وہ گردوں تک چڑھ سکتے ہیں؟ یہ ثابت کرنے کے لئے شہادت موجود ہے کہ یوریٹرل آریفس (uretral orifice= حالبی دہنہ) کے قدرتی مصراعی عمل کے باوجود عضویات گردوں تک چڑھ سکتے ہیں۔ یہ دکھایا جا چکا ہے کہ یوریٹر (حالب) کی غشاء مخاطی کے نیچے عضویات اوپر کو سفر کرتے ہیں۔ اگر خرگوش کا ایک یوریٹر (حالب) باندھ دیا جائے اور قولیفارم بسلائی (قولونی نما عصیات) مثانہ میں اشراب کئے جائیں، تو خرگوش میں اسی جانب پائلو نفرائٹس (التہاب حوض و گردہ) رونما ہوگا جس جانب یوریٹر (حالب) باندھا گیا تھا، اور یوریٹر (حالب) کے عروق لمفیہ کے اندر بیسلائی (عصیات) دیکھے جا سکتے ہیں۔

(۳) معائی عروق لمفیہ کے ذریعہ سے۔ یہ ممکن ہے کہ عضویہ معائی خطہ سے براہ راست گردہ تک پہنچ جائے۔ گردے، صاعد اور نازل قولون کے ساتھ قریبی تشریحی رشتہ رکھتے ہیں، اور کلوی پیلوس (حوض) اور معاء کے ان حصوں کے مابین لمفی سلسلہ ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ اس طریقہ پر عضویات گردوں تک پہنچ سکیں۔ اس امر کا کہ قبض یا اسہال کس کثرت سے اس کا پیشرو ہوتے ہیں، پہلے ذکر کیا جا چکا ہے۔ لیکن اگر سرائت کا یہ راستہ معمولی راستہ ہوتا تو یہ سمجھنا مشکل ہے کہ سٹرپٹو کاکس فیکیلس (streptococcus fæcalis = نبقہ سبحیہ برازی)، جو معاء میں اس لیول پر اتنا عام طور سے موجود ہوتا ہے، کیوں زیادہ اوقات علتی عضویہ نہیں ثابت ہوتا۔

یہ مضمون ابھی تاریکی میں ہے اور ابھی یہ فیصلہ کرنا ممکن نہیں کہ سرائیت کا راستہ کونسا ہے۔ اغلب یہ امر ہے کہ جن تین راستوں پر بحث ہو چکی ہے، ان میں کسی ایک کے بھی ذریعہ سے سرائیت واقع ہو سکتی ہے۔

علامات

علامات دو شکلوں میں ظاہر ہوتی ہیں۔ حاد اور مزمن۔

(الف) ۔ حاد شکل۔ مریضہ کو جو عموماً پرمی گریویڈا (اولین حاملہ) ہوتی ہے اور حمل کے تقریباً چھٹے مہینے میں ہوتی ہے دفعتاً درد شکم کا حاد حملہ ہوتا ہے، جو ایک یا دونوں جانب اور عموماً داہنی جانب کے لمبر (lumbar = قطنی) یا الییک (iliac = حرقفی) خطہ میں محسوس ہوتا ہے۔ تپش دفعتاً تقریباً ۱۰۳ تا ۱۰۴ درجہ تک بڑھ جاتی ہے، ممکن ہے کہ اس کے ساتھ قشعریرہ ہو۔ رفتار نبض تیز ہوتی ہے، اور اکثر اوقات کئی دن تک تقریباً ۱۲۰ فی منٹ رہتی ہے۔ مریضہ اکثر اوقات حد درجہ بیمار معلوم ہوتی ہے، اور قبض یا شدید قے، اور دست کی شکایت کرتی ہے۔ تاہم یہ مرض کی ایک خصوصیت ہے کہ قشعریرہ ختم ہونے کے بعد مریضہ کی شکل و صورت بسرعت بہتر ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ شکم متمدد ہو، یہ بالخصوص ماؤف گردہ کے خطہ پر الیم ہوتا ہے، اور ریکٹس (عضلۂ مستقیمہ) کی کرخت ہوتا ہے۔ ویجائنل (مہبلی) امتحان کرنے پر یوریٹر (حالب) کے زیریں حصہ میں کچھ الیمیت پائی جاتی ہے۔

(ب) مزمن شکل۔ اس شکل میں اتنے امتیازی علامات نہیں ہوتے، اور اس کے آغاز کا طریقہ اختلاف پذیر ہے۔ ممکن ہے کہ علامات کا بتدریج آغاز اس طرح ہو کہ کسلمندی اور بڑھتا ہوا لمبر (lumbar = قطنی) درد ہو، یا سسٹائٹس (التہاب مثانہ) اور مقام گردہ پر درد ہو، یا معدی و معائی اختلالات ہوں، یا پلورسی (pleurisy = ذات الجنب) اور نیوموتیا (pneumonia = ذات الریہ) سمجھانے والی علامات ہوں۔ تپش ذرا سی مرتفع اور بیقاعدہ ہوتی ہے۔ حس کرنے پر گردہ الیم ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ بڑھا ہوا محسوس ہو۔ اکثر اوقات جب قارورہ میں پیپ آزادانہ طور پر خارج ہوتی ہے تو کلوی الیمیت جاتی رہتی ہے اور جب درد ایک لمبر (قطنی) خطہ سے

201

جاتا رہتا ہے تو بعد میں دوسری جانب درد رونما ہونے کا میلان ہوتا ہے بعض اصابتوں میں نہایت ہی خفیف حملہ ہوتا ہے، ممکن ہے کہ درد ہو لیکن کوئی دیگر علامت نہو، یا بغیر کسی ظاہری سبب کے مریضہ کو قشعریرے آئیں۔

بول ۔ اصابتوں کی کچھ تعداد میں سابقہ سسٹائٹس (التہاب مثانہ) کی شہادت پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ پیچیدگی بعد میں لاحق ہو جائے۔ پہلے تو قارورہ کی مقدار کم ہو جاتی ہے اور اس کی کثافت نوعی زیادہ ہوتی ہے۔ بعد میں غالباً اس وجہ سے کہ دوران علاج میں سیال کی بڑی مقدار دیجاتی ہے، قارورہ کی مقدار بہت زیادہ بڑھ جاتی ہے۔ اگر قارورہ کا نمونہ قاساطیر کے ذریعہ نکالا جائے یا یوریٹرل کتھیٹرائزیشن (حالبی قثاطیر بینہ) کے ذریعہ سے براہ راست گردے سے حاصل کیا جائے اور اس کا معائنہ کیا جائے، تو یہ گدلا پایا جاتا ہے، اس میں پیپ اور گچھے دار چورہ ہوتا ہے اور اس کا تعامل تقریباً ہمیشہ ترشئی ہوتا ہے۔ شاذ و نادر ایسا ہوتا ہے کہ یہ بدبودار ہو۔ کاشت کرنے پر خالص قولیفارم بیلیس (قولونی نما عصیہ) حاصل ہوتا ہے۔ چورے میں ان عضویات کی بڑی مقدار، ریمی تجسیمے، سرحلمی خلیات، چند دموی جسیمے اور کچھ البیومن پایا جاتا ہے۔

خون ۔ سفید خلیوں کا شمار اس سے زیادہ بڑھ جاتا ہے کہ جو معمولاً دوران حمل میں ہوتا ہے۔ بہت سی مثالوں میں ۲۰،۰۰۰ سے ۳۰،۰۰۰ فی ملی میٹر کی حد تک لیوکوسائٹوسس (leucocytosis = کثرت خلیات ابیض) پایا جاتا ہے، جس میں زیادہ تر پالی مارفونیوکلیر سیلز (polymorphonuclear cells = کثیر الاشکال نواتی خلایا) ہوتے ہیں۔

خون کی کاشت کرنے پر عضویہ شاذ و نادر ہی حاصل ہوتا ہے، لیکن نہایت شدید اصابتوں کی قلیل تعداد میں یہ خون سے حاصل کیا گیا ہے۔ بعض اوقات خون میں اگلوٹی ننز (agglutinins = الزاقینیں) اور جرثومہ کش مادے موجود ہوتے ہیں، اور بیشتر اوقات مریضہ کا مصل عضویوں کے جھنڈ بنانے کی قابلیت رکھتا ہے۔

ثمر اور پیچیدگیاں

202

اصابتوں کی اکثریت میں موزوں علاج کے تحت چند ہی روز میں اصلاح

شروع ہو جاتی ہے، درد جاتا رہتا ہے، تپش گر جاتی ہے، اور قارورہ میں پیپ کم ہو جاتی ہے۔ مگر یہ یاد رکھنا چاہیے کہ جب تمام علامات کلی طور پر بھی زائل ہو جاتے ہیں، تو اس کے بعد بھی قارورہ میں خردبینی عضویات پائے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ کئی مہینے یا سالوں تک موجود پائے جائیں۔ اس سے اس امر کی توجیہہ ہوتی ہے کہ مریضاؤں میں ری لیپز (نکس) کا امکان کیوں پایا جاتا ہے۔

اصابتوں کی کچھ تعداد میں ثمر اتنا موافق نہیں ہوتا۔ ممکن ہے پایونفروسس (pyonephrosis = تقیح کلیہ وحوض) پیدا ہو، اور ایسی اصابتوں کی اطلاع دی گئی ہے جن میں پایونفروسس شق ہو جاتا ہے، اور ایک پیری نفرک ایبسس (peri-nephric abscess = گردکلوی پھوڑا) بن جاتا ہے، یا پریٹونیل کیویٹی (باریطونی کہفہ) کی سرائت عمومی واقع ہو جاتی ہے۔ کئی اصابتوں میں پلورل ایفیوژن (پلورائی انصباب) کی تکوین واقع ہوئی ہے اور پلورائی سیال سے بیسلس قولائی (عصیہ قولونی) حاصل کیا گیا ہے۔ مندرجہ واقعات میں سے چند میں ملگننٹ اینڈوکارڈائٹس (malignant endocarditis = خبیث درون قلبی التہاب) لاحق ہوا ہے۔

انذار

مادری اموات کی تعداد کم ہے۔ جراحتی تدابیر کے مقابلہ میں طبی علاج سے قریب قریب ہمیشہ اصلاح ہوتی ہے، اور اس امر کی ضرورت شاذ و نادر ہوتی ہے کہ یوریٹر (حالب) پر دباؤ رفع کرنے کے لئے حمل کو ختم کر دیا جائے۔ قارورہ میں زیادہ پیپ کی موجودگی لازمی نہیں کہ خراب امارت ہو کیونکہ ممکن ہے کہ یہ اس امر کی دلیل ہو کہ پیپ آزادی سے نکل سکتی ہے۔ جب موت واقع ہوتی ہے تو اس کا سبب ٹاکسیمیا (تسمم الدم)، یا سپٹی سیمیا (عفونت الدم) ہوتا ہے۔ بچہ کے لئے انذار ہرگز اتنا اچھا نہیں ہوتا، کیونکہ زیادہ شدید اصابتوں میں ایبارشن (اسقاط) یا پیش از میعاد وضع حمل واقع ہو سکتا ہے۔ بچہ عضویہ سے سرایت زدہ نہیں ہوتا۔

مابعد حمول میں انذار کے متعلق یہ ہے کہ اگر دوسرے حمل کے آغاز سے قبل پیشاب عقیم تھا، تو بالعموم پایالائٹس (التہاب حوض گردہ) نہیں ہوگا۔ لیکن اگر پیشاب ہنوز

سرایت زدہ ہے، تو بسا اوقات ایک اشتداد واقع ہوگا جو بالعموم پہلے حملے سے کم شدید ہوتا ہے۔ بعض مثالوں میں متوالی حمول میں سرایت کمتر ہوتی جاتی ہے اور خود بخود غائب ہو جاتی ہے۔ دوسری مثالوں میں سرایت قائم رہتی ہے، اور یہ بعض اصابتوں میں یوریٹرل سٹرکچر (uretral stricture = حالبی تضیق)، ہیمیٹوریا (hæmaturia = دم بولیت)، تکوین حصاۃ، اور گاہے ایکسیڈنٹل ہیمریج (اتفاقی نزف) اور یوریمیا (تسمم بولی) پیدا کرتی ہے۔

تشخیص

تشخیص کا انحصار ان امور پر ہے۔ مرتفع تپش، بیسلیوریا (عصیہ بولیت)، پائیوریا
(ریم بولیت)، دردِ شکم، اور مقام گردہ پر ایلمیت کی موجودگی۔ جب دوران حمل میں کلوی
ایلمیت ہو تو ہمیشہ اس مرض کا خیال آنا چاہیئے۔ گردہ کا امتحان کرتے وقت اس امر کا لحاظ 203
رکھنا چاہیئے کہ جب مریضہ ایک پسلی پر لیٹے تو ماؤف پہلو اوپر کو ہو، تاکہ گردہ کے حس کو
رحم مشکل نہ کردے۔ قارورہ کے قاساطیری معائنہ سے اس وقت جب کہ قولیفارم بیسلائی
(عصیات قولونی نما) کی موجودگی ثابت ہو جاتی ہے، مرض کا یقین ہو جاتا ہے، اور یوریٹرل
کیتھرائزیشن (حالبی قثاطیریت) سے جبکہ عضویئے براہ راست گردوں سے حاصل
کئے جا سکتے ہیں، اس یقین کو اور بھی تقویت حاصل ہوتی ہے۔ اس طریقہ تشخیص میں کسیقدر
یہ خطرہ ہے کہ ماؤف گردہ یا یوریٹر (حالب) کو نقصان نہ پہنچ جائے۔ لہذا اگر سائسٹائٹس
(التہاب مثانہ) کا بھی ثبوت ہو تو اس کو استعمال نہیں کرنا چاہیئے۔

مندرجہ ذیل سے تفریقی تشخیص کرنے کی ضرورت ہے۔

(ا) سٹائٹس (cystitis = التہاب مثانہ)۔ گردے کے مقام پر ایلمیت، اور پیشاب کا ترشئی ہونا، یہ پائیلائٹس (التہاب حوض) کی خصوصیات ہیں۔ اگر مریضہ کو صرف سسٹائٹس (التہاب مثانہ) ہو تو اس کا پیشاب قلوی ہوتا ہے، پیپ کی مقدار زیادہ ہوتی ہے، اور درد صرف مثانہ کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ تاہم ممکن ہے کہ دونوں کیفیات بیک وقت موجود ہوں۔

(ب) حاد قسم پر اس کا فوری آغاز ہونے اور درد کی شدت اور مقام کی وجہ سے،

اپنڈیسائٹس (appendicitis = التہاب زائدہ)، یا بلیری کالک (صفراوی قولنج) کا دھوکہ لگ سکتا ہے۔ پایالائٹس (التہاب حوض) میں الیک فوسا (iliac fossa = حفرہ حرقفی) میں الیمیت، اور شکمی کرختگی پائی جاتی ہے۔ تپ زیادہ بلند درجہ کا ہوتا ہے اور اس کے ہمراہ قشعریرات ہوتے ہیں، جو کہ اپنڈیسائٹس (التہاب زائدہ) میں شاذ ہوتے ہیں۔ زبان زیادہ صاف ہوتی ہے، قے کم ہٹیلی ہوتی ہے، اور شکمی تمدد کم نمایاں ہوتا ہے۔ اگر پیشاب کا امتحان کرنے کا خیال رکھا جائے، تو تفریق بآسانی کی جاسکتی ہے۔

زیادہ مزمن قسم پر اس کے علامات مبہم ہونے کی وجہ سے کسی عمومی مرض مثلاً انفلوئنزا (influenza) یا ٹائیفائڈ فیور (تپ محرقہ) کا دھوکہ لگ سکتا ہے۔

اگر درد شکم موجود ہو تو اس امر کا اطمینان کر لینا چاہیئے کہ علامات پلورسی (pleurisy = ذات الجنب)، یا نیومونیا (pneumonia = ذات الریہ) کے سبب سے تو نہیں ہیں۔

بالخصوص حاد اصابتوں میں، اگر متاثرہ یوریٹر (حالب) عارضی طور پر مسدود ہو جائے اور غیر متاثرہ جانب سے صاف پیشاب آئے، تو پایالائٹس (التہاب حوض) کی تفریقی تشخیص مشکل ہو جاتی ہے۔ ان اصابتوں میں پیشاب میں یکایک پیپ اور خردعضویات کی بڑی مقدار میں پائی جاتی ہیں۔ لہذا ضرورت ہے کہ تھوڑے تھوڑے وقفوں پر کئی ایک نمونے لئے جائیں، کیونکہ ایک ہی منفی مکشوف کو قطعی قرار نہیں دیا جاسکتا۔

علاج

مریضہ کو بستر پر آرام دینا چاہیئے، تاکہ ملتہب ساختوں کو آرام ملے اور درد کو تسکین ہو۔ اگر داہنا گردہ متاثرہ ہوا ہو تو اسے چاہیئے کہ بالخصوص غیر متاثر جانب لیٹے تاکہ اسے زیادہ آرام ملے، اور اسے چاہیئے کہ گھٹنوں کو سکیڑے رکھے تاکہ شکمی عضلات ڈھیلے
ہو جائیں۔ گرم تکمیدات یا بلاڈونا پلاسٹر (belladonna plaster = لصقہ بیلاڈونا) الیم 204
خط پر رکھنے سے فائدہ ہوتا ہے۔ اگر دونوں گردے مبتلا ہوں تو پلنگ کی پائنتی اونچی کر دینی چاہیئے۔ غذا خاص طور پر دودھ ہونا چاہیئے، ملک پڈنگ (milk pudding = دودھ کی پڈنگ)، روٹی اور دودھ، اور کسٹارڈ (custard) کی اجازت دی جاسکتی ہے لیکن وہ

غذا نہ دینا چاہیئے جس میں پروٹیڈ زیادہ ہوں مبادا نقصان رسیدہ گردوں کو زائد کام کرنا پڑے۔

علاج کا ایک اہم جزو یہ ہے کہ سیال یعنی پانی، آبجو، کانسٹریکسیکو ائلی (Constresxeville) یاوائشی واٹر (vichy water) کی بڑی بڑی مقداریں (مثلاً ۲ پائنٹ) استعمال کرانی چاہئیں۔ سیال کی ضرورت گردوں کو دھوڈالنے کے لئے اور کلوی پیلوس (حوض) کے اندر سے سب سرائتی مادہ بول میں بہا لیجانے کے لئے ہے۔ چونکہ بیلس قولائی (عصیہ قولونی) قلوی واسطہ میں نہیں پھلتا پھولتا، اس لئے بول کو سائٹریٹ آف پوٹاش (citrate of potash) کی بڑی خوراکوں سے قلوی بنا دینا چاہیئے۔

یا اس کی بجائے سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی بڑی خوراکیں (مثلاً ایک ڈرام ہر دو گھنٹے کے بعد) دینی چاہئیں، یہاں تک کہ بول قلوی ہو جائے۔

عام طور پر یہ پایا گیا ہے کہ جونہی بول کا تعامل قلوی ہو جاتا ہے، مریضہ کا درد جاتا رہتا ہے اور تپش طبعی ہو جاتی ہے لیکن بیلس (عصیہ) اب بھی قارورہ میں پایا جاسکتا ہے۔

مصل اور جدرین۔ بیلس قولائی (عصیہ قولونی) کے استعمال کی سفارش کی گئی ہے، اور اس کا تجربہ کیا گیا ہے، مگر اب تک نتائج مایوس کن ثابت ہوئے ہیں، غالباً اس وجہ سے کہ بیلس قولائی (عصیہ قولونی) ایک انٹی ٹاکسن (antitoxin = ضد سم) پیدا کرنے کے ناقابل ہے، اور بیلس قولائی (عصیہ قولونی) گروہ کے افراد کی امتیازی خصوصیات میں کافی اختلاف پایا جاتا ہے۔

جدرینی علاج کے سوال کے متعلق کوئی یقینی بات کہنا مشکل ہے۔ بلاشبہ بہت سی اصابتیں جدریوں کے استعمال کے بعد فوری اور نمایاں بہتری ظاہر کرتی ہیں۔ مگر یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ ایسی بہتری اُن اصابتوں میں بھی واقع ہو سکتی ہے جن میں کوئی جدرین استعمال نہیں کی گئی۔ ایسی اصابت میں جس میں علامات مزمن ہو جانے کا میلان ظاہر کرتی ہیں جدریوں کا یقیناً تجربہ کرنا چاہیئے، اور اس میں شبہ نہیں ہو سکتا کہ ان کے استعمال کے بعد اکثر اوقات دردمیں تخفیف واقع ہوتی ہے، اگرچہ بیسلائی (bacilli = عصیات) ہنوز بول میں موجود ہوتے ہیں۔ حاد اصابتوں میں ابتدائی خوراک چھوٹی ہونی چاہیئے، ۵۰ لاکھ بیسلائی (عصیات) سے زیادہ نہ ہونی چاہیئے، خفیف تر اور زیادہ مزمن اشکال میں

ابتدائی خوراک زیادہ بڑی مثلاً ایک کروڑ کی دینی چاہیئے۔ جدرین کو ۵ دن کے وقفوں سے اور بڑھتی ہوئی خوراکوں میں بار بار دیتے رہنا چاہیئے، حتیٰ کہ ۱۰ کروڑ کی خوراک استعمال ہونے لگے۔ جدرین آٹوجینس (autogenous = خودزاد) ہونا چاہیئے۔

کیٹوجینک (ketogenic = کیتوزاغذا)۔ اس طریقہ علاج کی بنیاد یہ تھی کہ ڈایابیٹز (diabetes = ذیابیطس) اور ایسڈوسز (ترشہ سمیت) کے مریضوں کا پیشاب باسانی بیسلس قولائی (عصیہ قولونی) سے سرایت زدہ نہیں ہوتا۔ مریضہ سے کیٹون باڈیز (کیتونی اجسام) کا اخراج کروانے کے لیئے، اس کو ایسی غذا دینا ضروری ہے جس میں شحم بمقدار کثیر ہو، اور کاربوہائیڈریٹ ۲۵ گرام تک گھٹا دینے کی ضرورت ہے۔ شحم مکھن اور بالائی
205 کی صورت میں دی جاتی ہے۔ مکھن بسا اوقات سبز ترکاریوں کے ساتھ، اور بالائی ذرا سے قہوہ کے ساتھ ملا کر دی جاتی ہے لیکن ہر شئے جو کھائی جائے اسے شحم لینے کے لیئے بطور بدرقہ استعمال کرنا چاہیئے۔ پیشاب میں ایسٹون باڈیز (acetone bodies = ایسیٹونی اجسام) پائے جاتے ہیں اور P_H گھٹ کر تقریباً ۵ ہو جاتا ہے۔ متلی کا سدباب کرنے کے لیئے ضروری ہے کہ غذا کا انتخاب کرنے میں ہنرمندی اور احتیاط سے کام لیا جائے، لیکن اگر مریضہ اس غذا کو جاری رکھے تو بسا اوقات بیسلس قولائی (عصیہ قولونی) کی سرایت کی غیر العلاج اصابتیں صحتیاب ہو جاتی ہیں۔

سرجیکل (surgical = جراحتی)۔ بالعموم یہ طبی تدابیر کافی ہوتی ہیں، اور ۱۰ دن سے لیکر ۱۴ دن کے اندر یا اس سے بھی کم میں مریضہ کی حالت بہتری ظاہر کرتی ہے۔ مگر جب کوئی بہتری نہ ہو، اور تپش مرتفع اور رفتار نبض سریع رہتی ہو یا جب یہ ثبوت ہو کہ پیپ گردہ سے نہیں بہہ سکتی، تو دیگر تدابیر اختیار کرنے کی ضرورت ہوگی۔ یہ امر بالکل واضح ہو جانا چاہیئے کہ ان دیگر تدابیر کی شاذ و نادر ضرورت پڑتی ہے، اور ان کو صرف استثنائی اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے۔

گردہ سے پیپ کو آزادانہ طور پر خارج کرنے کے لئے سادہ ترین اور نہایت موثر طریقہ یہ ہے کہ حامل رحم پر یوریٹر (حالب) کا جو دباؤ پڑتا ہے، اسے رفع کیا جائے۔ یہ اس طرح کیا جا سکتا ہے کہ اغشیہ اور رحمی دیوار کے درمیان ایک بوجی (شمعہ) گھسا کر، یا بہ چھوٹی جسامت کی ربڑ کی تھیلی داخل کر کے حمل کو ختم کر دیا جائے۔ نتائج عموماً موافق ہوتے ہیں،

اور بظاہر پایالائٹس (التہاب حوض)، دوران پیورپریم (نفاس) میں رحم کی سرایت کے خطرہ کو زیادہ نہیں کرتا۔ اگر علامات حمل کے آخر ایام میں رونما ہوں تو وضع حمل کے انڈکشن (امالہ) میں حتی الامکان تاخیر کرنا مناسب ہے تاکہ ایک زندہ بچہ حاصل ہو سکے۔ مصنوعی اختتام حمل کا مشورہ ہمیشہ نہ دینا چاہیئے، بالخصوص اگر مریضہ معمر اور پرمی گریویڈا (اولیں حاملہ) ہو اور آئندہ حمل کا امکان نہ ہو، کیونکہ یہ علاج ہمیشہ کامیاب نہیں ہوتا۔

اگر علامات کی شدت جرم گردہ میں سرایت ظاہر کرتی ہو، یا اگر اصابت مزمن ہو جائے اور صحتیاب ہونے کا کوئی میلان نہ ظاہر کرے، تو دیگر تدابیر اختیار کرنے کی سفارش کیجاتی ہے۔ ان میں سے ایک تدبیر یہ ہے کہ رینل پیلوس (renal pelvis= کلوی حوض) میں سے بذریعہ ایک یوریٹرل کیتھیٹر (uretral catheter= حالبی قثاطیر) کے مسلسل نکاسی قائم کی جائے۔ کیتھیٹر (قثاطیر) کو اپنی جگہ پر پانچ یا سات دن تک رکھ چھوڑا جاتا ہے۔ دھارنا غیر ضروری ہے اور خالی از خطر نہیں ہے۔ اس طریقہ مسلسل کے متعلق اس کے حامی بڑے بڑے دعوی کرتے ہیں کہ یہ بالعموم کامیاب ہوتا ہے، اور حمل سے مداخلت کی ضرورت نہیں رہتی۔

اگر پایونفروسس (pyonephrosis= تقیح الکلیہ والحوض) رونما ہو، تو بہترین طریقہ نفراٹومی (nephrotomy= کلیہ شگافی) کرنا، اور ایک یوریزی فسچولا (urinary fistula= بولی ناصور) بنانا ہے۔ نفریک ٹومی (nephrectomy= گردہ برآری) کا مشورہ نہیں دیا گیا ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ دوسرا گردہ بھی پہلے سے سرایت میں مبتلا ہو، یا بعد میں مرض زدہ ہو جائے۔ نفریکٹومی (گردہ برآری) اُن اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے جن میں گردہ کامل طور پر بے تعضیہ اور بے کار ہو جائے، یا ناصور قائم رہے۔

پایالائٹس (التہاب حوض) پیورپریم (نفاس) کے دوران میں۔ 206

حال میں اس امر کی طرف توجہ مبذول کی گئی ہے کہ پیورپریم کے دوران میں پایالائٹس (التہاب حوض) واقع ہو سکتا ہے۔ بالعموم علامات کا آغاز تاخیر سے ہوتا ہے، اور اکثر اوقات ان کے ہمراہ قشعریرے پائے جاتے ہیں۔ یہ امر شاذ نہیں کہ ایسی اصابتوں پر پیورپرل سیپٹی سیمیا (نفاسی عفونت الدم) یا اپنڈیسائٹس (appendicitis= التہاب زائدہ) کا مغالطہ ہو۔ اس غلطی سے بچنے کے لئے یہ احتیاط ضروری ہے کہ الیمیت معلوم کرنے کے لئے کلوی خطہ کا معائنہ کیا جائے اور قولیفارم بیسلس (عصیبہ قولون نما) کے لئے قارورہ کا امتحان کیا جائے۔

207

باب بست ویکم

وہ امراض جو حمل کے ہمراہ پائے جاتے ہیں (بسلسلۂ ماسبق)

قلبی مرض اور حمل

اس مضمون پر بحث شروع کرنے سے قبل یہ دریافت کرنے کی ضرورت ہے کہ حمل طبعی قلب پر اگر کچھ اثرات ڈالتا ہے تو وہ اثرات کیا ہیں۔

تازہ تحقیقات کے نتیجہ سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ دوران حمل میں قلبی عضلات بہت کم بیش پروردہ ہوتے ہیں۔ برعکس اس کے ممکن ہے کہ قلبی فعل میں ابتری واقع ہو۔ چنانچہ یہ بتایا گیا ہے کہ قلب کی رفتار اور توازن میں تغیرات ہو سکتے ہیں اور قلب کی داہنی جانب کا اتساع، اور گردن کی وریدوں میں نبضان ہو سکتا ہے۔ یہ کیفیتیں غیر طبعی ہیں، اور اگر حاملہ عورت ویلولر (valvular = مصراعی) ضرر میں مبتلا ہو تو اُن کے زیادہ نمایاں ہونے کا امکان ہے۔

ایکیوٹ اینڈوکارڈائٹس (acute endocarditis = حاد التہاب درون قلبیہ)۔ یہ حمل کی ایک اتفاقی پیچیدگی کے طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ یہ حالت خطرناک تو ہر صورت میں ہوتی ہے لیکن حمل میں زیادہ خطرناک ہوتی ہے، کیونکہ معلوم ہوا ہے کہ علتی عضویہ جنین تک پہنچ کر رحم کے اندر ہی اس کی موت واقع کر دیتا ہے۔

مزمن ویلولر (مصراعی) مرض۔ اکثر اوقات ان مریضاؤں میں حمل واقع

ہو جاتا ہے جن میں قلبی ضررات موجود ہوتے ہیں ۔ ۹۶ واقعات کے ایک جمع کردہ سلسلہ میں سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ مائٹرل ویلو (mitral valve = طبلقی مصراع) ماؤف تھا۔ مائٹرل ان سفشنسی (mitral insufficiency = طبلقی عدم کفایت)، خواہ اس میں سٹینوسز (stenosis = ضیق) ہو یا نہ ہو، اس سے بہت زیادہ عام ہے کہ جتنا عام سٹینوسز (ضیق) ہے۔ اصل اعداد حسب ذیل تھے:۔

مائٹرل ان سفشنسی (mitral insufficiency = طبلقی عدم کفایت) ۳۷ واقعات
مائٹرل سٹینوسز (mitral stenosis = طبلقی ضیق) ..... ۵ "
مخلوط مائٹرل (mitral = طبلقی) ضررات .... ۳۴ "
ایارٹک سٹینوسز (aortic stenosis = اورطی ضیق) .... ۳ "
ایارٹک (اورطی) اور مائٹرل (طبلقی) ضررات .... ۱۰ "
مشکوک ضررات .... ۵ "
مائیوکارڈائٹس (myocarditis = التہاب عضلۂ قلب)...... ۲ "

ان اصابتوں میں سے صرف ½ میں قلبی مظاہر پائے گئے۔

حمل کے اثرات قلبی مرض پر 208

جب تک کہ کامپن سیشن (compensation = تعویض) موجود ہے انذار اچھا ہوتا ہے، لیکن بالخصوص حمل کے متاخر مہینوں میں کامپن سیشن (تعویض) بگڑ جانے کا احتمال ہے۔ عموماً یہ کہا جاتا ہے کہ نہایت خطرناک اصابتیں وہ ہیں جن میں مائٹرل سٹینوسز (طبلقی ضیق) موجود ہو، خواہ اس کے ساتھ دیگر ضررات ہوں یا نہ ہوں۔ بعض مصنفین کا یہ خیال ہے کہ ان اصابتوں میں حمل کا خطرہ اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ شادی منع کر دینی چاہیئے، یا اگر شادی ہو تو مریضاؤں کو وقوع حمل روکنے کا مشورہ دینا چاہیئے۔ مگر یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ ڈاکٹر کا فرض شادی سے منع کرنا نہیں ہے۔ اس کو چاہیئے کہ وہ مریضہ کو واقعات اور خطرات سمجھا دے اور اگر مریضہ خواہش کرے تو ان امور کو اس کے رشتہ داروں اور اس کے ہونے والے شوہر پر واضح کر دے۔ اس تصریح کے بعد اس کی ذمہ داری ختم ہو جاتی ہے،

یہ ان کا کام ہے کہ فیصلہ کریں۔ علاوہ ازیں واقعات اس رائے کو حق بجانب ثابت نہیں کرتے کہ یہ ضررات حمل کے لئے خصوصیت کے ساتھ پرخطر ہیں۔ گوائز ہاسپٹل (Guy's hospital) میں علاج کردہ تین سو عورتوں کے ایک سلسلہ کا تجزیہ کیا گیا اور یہ پایا گیا کہ ۱۳۵ مریضاؤں میں ۲۶۸ زچگیاں ہوئیں بغیر اس کے کہ ان کی کامپن سیشن (تعویض) میں خرابی واقع ہو بلکہ ایک عورت کامیابی کے ساتھ ۷ حمول سے عہدہ برا ہوگئی۔ کامپن سیشن (تعویض) کی خرابی صرف ۸ فی صدی مریضاؤں میں ان کے پہلے حمل میں واقع ہوئی اور ان مریضاؤں سے جو ۵ حمول سے عہدا برآ ہوئیں صرف ۱۵ فی صدی صورتوں میں واقع ہوئی۔

اگر کامپن سیشن (تعویض) خراب ہوجائے اور مناسب علاج کرنے کے باوجود حالت میں کوئی بہتری نہ پیدا ہو تو مریضہ اس وقت سخت خطرہ میں ہوتی ہے۔ کامپن سیشن (تعویض) حمل کے ابتدائی زمانہ میں بھی خراب ہوسکتی ہے مگر حمل کے متاخر مہینوں میں یا وضع حمل کے دوران میں یا وضع حمل کے ذرا دیر بعد اس کے خراب ہونے کا زیادہ امکان ہے۔

ایسی صورتوں میں ممکن ہے کہ مریضہ دفعتاً فوت ہوجائے۔ اس میں دو مختلف سریری حالتیں موجود ہوسکتی ہیں۔

(الف) ممکن ہے کہ ہارٹ فیلیور (heart failure = فشل قلب) کی وجہ یہ ہو کہ شریانی دباؤ کا ارتفاع واقع ہوکر داہنی جانب عظیم اتساع پیدا ہوجائے۔ اس کے واقع ہونے کا امکان حمل کے متاخر مہینوں میں یا وضع حمل کے دوران میں زیادہ ہوتا ہے کیونکہ خونی دباؤ جو کہ انقباضات رحم پر منحصر ہوتا ہے بڑھ جاتا ہے۔ یا

(ب) ہارٹ فیلیور (فشل قلب) ممکن ہے کہ بچہ پیدا ہونے کے فوراً بعد ہوجائے جس کی وجہ سابق بار اور خونی دباؤ میں کمی واقع ہوجانا ہے۔

خواہ مریضہ فوت نہ بھی ہو تاہم اسکی حالت قلب کو زائد نقصان پہنچ جانے کی وجہ سے خطرناک ہوجاتی ہے۔

قلبی مرض کے اثرات حمل پر

اکثر ابتدائی مہینوں میں بیقاعدہ ہیمرہیجز (نزفات) ہوتے ہیں۔ ایبارشن

(اسقاط) اور پیش از میعاد وضع حمل واقع ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ یہ نتائج ان تغیرات سے بھی پیدا ہو سکتے ہیں جو کہ پلیسنٹا (مشیمہ) میں ساتھ پائے جاتے ہیں۔ بعض صورتوں میں پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) ہوتا ہے۔ 209

علاج

اس مریضہ کو جو مزمن ویلولر (مصراعی) مرض میں مبتلا ہے، محتاط مشاہدہ میں رکھنا چاہیئے، اور اُسے قلبی بار سے بچانا چاہیئے، اور جب تک کہ کامپن سیشن (تعویض) بگڑنے کی شہادت نہ ہو، اس وقت تک حمل کو قائم رہنے دیا جا سکتا ہے۔

کامپن سیشن (تعویض) کے خفیف بگاڑ کے امارات، جیسے تہبّج، البیومن یوریا (البیومن بولیت)، قلبی اتساع، اور نبض کی بیقاعدگیوں کا یہ علاج ہے کہ مریضہ کو بستر پر رکھا جائے۔ آرام علاج کا اہم نکتہ ہے، اور اس میں امداد کرنے کے لئے قلبی مقویات جیسے ڈیجیٹیلس (digitalis) یا اسٹروفینتھس (strophanthus) کی چھوٹی خوراکیں، اور ملیّن ادویہ دینی چاہئیں، اور غذا احتیاط سے دینی چاہیئے تا کہ معدی معائی تمدّد نہ ہو۔ عموماً ان تدابیر سے علامات غائب ہو جاتے ہیں، اور کامپن سیشن (تعویض) میں اصلاح ہو جاتی ہے۔

لیکن اگر کامپن سیشن (تعویض) کی خرابی زیادہ خطرناک ہو جائے، جیسا کہ قلب کے بڑھتے ہوئے اتساع، اور نبض کی بیقاعدگی سے اور اس کے ساتھ ڈزنیا (dyspnœa = بہر) سایانوسس (cyanosis = زراق)، پلمنری اڈیما (pulmonary œdema = رئوی تہیج)، نفث الدم یا ہیمٹے میسس (hæmatemesis = قے الدم) سے ثابت ہوتا ہے، تو حمل کو اس طریقہ پر ختم کر دینا چاہیئے کہ قلبی عضلہ پر حتی الامکان کم از کم بار پڑے۔

مگر یہ اچھی طرح یاد رکھنا چاہیئے کہ حمل کے مصنوعی اختتام کی شاذ ہی ضرورت پڑتی ہے۔ اگر مریضہ کو پورے دن کے قریب دیکھا گیا ہے تو مداخلت نہ کرنی چاہیئے، کیونکہ ممکن ہے کہ مداخلت اس سے زیادہ نقصان پر منتج ہو کہ جتنا حمل کو قائم رکھنے پر ہو سکتا ہے۔ ہمیشہ یہ کوشش کرنی چاہیئے کہ مریضہ کی حالت میں بہتری پیدا ہو، اور اگر بہتری پیدا ہو جائے، تو پھر کوئی جائز وجہ نہیں ہے کہ وضع حمل کا انڈکشن (امالہ) کیا جائے۔ وضع حمل کا

وقت آنے سے پہلے مریضہ کو دو ہفتے تک آرام کروانا چاہیئے۔ حمل صرف انھیں صورتوں میں ختم کرنا چاہیئے جن میں حمل کے ابتدائی زمانہ میں کامپن سیشن (تعویض) کی نمایاں خرابی واقع ہوتی ہے۔

وضع حمل کے پہلے مرحلہ میں مریضہ کو چلنا پھرنا نہ چاہیئے' بلکہ تکیہ لگا کر یا لیٹے ہوئے آرام کرنا چاہیئے۔ بعض اصابتوں میں جبکہ رحم بہت زیادہ متمدد ہو اور ڈایافرام پر غیر معمولی دباؤ پڑ رہا ہو' تو تکلیف رفع کرنے کے لئے اغشیہ کو مصنوعی طور پر شق کیا جا سکتا ہے۔ دوسرے مرحلہ کو لیٹی ہوئی حالت میں انجام دینا چاہیئے' مریضہ چت لیٹی ہو اور کندھے اونچے ہوں' وہ بائیں جانبی وضع میں نہ ہو۔ مقصود یہ ہونا چاہیئے کہ دوسرا مرحلہ جہاں تک ممکن ہو مختصر ہو' تاکہ قلبی عضلہ پر وہ بار نہ پڑے جو کہ طاقتور عضلی انقباضات سے پیدا ہوتا ہے' اور خواہ کچھ بھی ہو بچہ جننے میں زور نہ لگانا چاہیئے۔ اس مقصود کو حاصل کرنے کے لئے مریضہ کو عدیم الحس کیا جاتا ہے اور بچہ فارسیپز (forceps = کلّاب) کے ذریعہ نکال لیا جاتا ہے۔ قلبی عضلہ پر کلوروفارم (chloroform) کے انخفاضی عمل کی وجہ سے اس کا استعمال نہ کرنا بہتر ہے' اور اس کے بجائے ایتھر (ether) استعمال کرنا چاہیئے۔

210 وضع حمل کے بعد یہ خیال رکھنا چاہیئے کہ پوسٹ پارٹم (بعد الولادتی) ہبوط نہ ہونے دیا جائے۔ شکم پر ایک ریت کی تھیلی یا کسا ہوا شکم بند باندھا جا سکتا ہے۔ اور اگر ضرورت ہو تو ریکٹم (معاءِ مستقیم) کی راہ سے سیلائن (نمکین) محلول دینا چاہیئے۔

اُن مریضاؤں کا جن میں کامپن سیشن (تعویض) کی شدید خرابی ہو' سیزیرین سیکشن (شگاف قیصری) کے ذریعہ کامیابی کے ساتھ علاج کیا جا سکتا ہے۔ یہ گیس اور آکسیجن یا سپائنل این استھیسیا (spinal anæsthesia = شوکی عدم حسیت) کے تحت انجام دینا چاہیئے' اور ساتھ ہی فالوپی انبوبوں کا استیصال کر کے تعقیم بھی کر دینی چاہیئے۔

تجربتہً تو یہ پایا گیا ہے کہ اگر قلبی مرض کی مریضاؤں کو حمل کے آخری چند ہفتوں میں بستر پر لٹائے رکھا جائے' تو وہ توقع سے زیادہ وضع حمل کے بار کی متحمل ہو سکتی ہیں۔

ڈکٹ لیس گلینڈز (بے قناتی غدد) اور حمل

تھائرائیڈ (thyroid = غدۂ درقیہ) اور ایکس آف تھیلمک گائیٹر (exophthalmic goitre = جحوظی گھینگا) دوران حمل میں تھائرائیڈ (غدہ درقیہ) میں عموماً ایک خفیف، اور بعض اوقات معتد بہ کلانی واقع ہوتی ہے) اور جب حمل تکمیل کو پہنچ جاتا ہے تو تھائرائیڈ (غدہ درقیہ) اپنی معمولی جسامت پر آجاتا ہے۔

ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اگر گائیٹر (گھینگے) کی موجودگی کی وجہ سے تھائرائیڈ (غدہ درقیہ) پہلے ہی سے کلانی یافتہ ہو، تو حمل بعض مثالوں میں سلعہ کی جسامت میں سریع زیادتی کا باعث ہوتا ہے، اور ایسے واقعات مندرج ہو چکے ہیں جن میں ایک گائیٹر (گھینگا) جو قبل حمل آہستہ آہستہ بڑھ رہا تھا، اس سرعت سے اور اس حد تک کلانی یافتہ ہوا کہ ٹریکیاٹومی (tracheotomy= قصبہ شگافی) ضروری ہوگئی۔

اس میں شبہ نہیں کہ استقرار حمل کا ایکس آف تھیلمک گائیٹر (جحوظی گھینگے) پر نمایاں اثر ہوتا ہے۔ بعض لوگ استقرار حمل کو ایکس آف تھیلمک گائیٹر (جحوظی گھینگے) کی پیدائش کا ایک سبب گردانتے ہیں۔ یہ امر مشتبہ ہے کہ آیا ایسا ہے کہ نہیں لیکن یہ یقینی امر ہے کہ اگر یہ مرض پہلے ہی سے موجود ہو، تو علامات میں اضافہ ہو جاتا ہے، اور حمل کے اختتام کے بعد اُن میں تخفیف ہونے کا میلان پایا جاتا ہے۔ بہر کیف اس کا اثر اختلاف پذیر ہوتا ہے اور بعض مثالوں میں حالت بہتر ہو جاتی ہے۔ ایکلیمپسیا (اتشناج) کی تسبیب میں ایک جزو تھائرائیڈ ان سفشنسی (thyroid insufficiency= درقی عدم کفایت) سمجھا جاتا ہے اور ممکن ہے حمل میں جو تھائرائیڈ (درقی) کلانی واقع ہوتی ہے، وہ حفاظتی مقصد رکھتی ہو۔

یہ امر کہ یہ مرض موروثی بھی ہو سکتا ہے صاف طور پر تسلیم کیا جا چکا ہے۔ ایک واقعہ کا ذکر کیا گیا ہے جس میں یہ مرض بچہ میں پیدائش کے وقت موجود تھا، بچہ میں کلانی یافتہ تھائرائیڈ (درقیہ) تھا، باہر نکلے ہوئے آئی بالز (مقلات العین) تھے، اور ضربات قلب شمار نہیں کی جا سکتی تھیں۔ یہ بچہ چند دن کے اندر فوت ہو گیا۔ دیگر واقعات مشاہدہ کئے گئے ہیں جن میں علامات موجود تھے لیکن بہت زیادہ خفیف درجہ میں اُن واقعات میں دس روز کے اندر علامات تمام و کمال جاتے رہے۔ ایسے مریضوں میں چھاتی سے دودھ پلانا ممنوع

نہیں معلوم ہوتا۔

پشوٹری باڈی(pituitary body = جسم نخامیہ)۔ ایسے واقعات بیان کئے گئے ہیں جن میں حاملہ عورتوں میں پشوٹری (غدہ نخامیہ) کی کلانی کا ثبوت ملا ہے۔ غدہ 211
کا مقدمی حصہ خاص طور پر متاثر ہوتا ہے، اس کی فعالیت بڑھ جاتی ہے اور اس کا ہارمون (harmone) پیشاب میں پایا جاتا ہے۔ زانڈک ایسشیم (Zondek-Asscheim) کا پرولان اے (Prolan A) کے لئے جو حمل کا ٹسٹ ہے وہ اسی مشاہدہ پر مبنی ہے۔ دوران حمل میں ایکرومیگلی (acromegaly = عفر تیت) مشاہدہ کی گئی ہے، اور گلائکوس یوریا (glycosuria = شکر بولیت) کی موجودگی پر جو اکثر اوقات کلانی یافتہ پشوٹری (غدہ نخامیہ) جسم کے ساتھ پایا جاتا ہے، ڈایابیٹز (ذیابیطس) کی فصل میں بحث کی گئی ہے۔

ڈایابیٹز (ذیابیطس) اور حمل

حاملہ عورتوں کے قارورہ میں شکر کی موجودگی کی اہمیت نہ صرف اس امر پر منحصر ہے کہ شکر کی مقدار کیا ہے، بلکہ اس پر بھی منحصر ہے کہ شکر کی قسم کیا ہے۔ یہ پیچیدگی ایک عام پیچیدگی ہے، اور اس کی اہمیت اتنی خطرناک نہیں کہ جتنی گزشتہ زمانہ میں خطرناک بیان کی جاتی تھی۔ حمل میں حقیقی ڈایابیٹز میلائٹس (diabetes mellitus = شکری ذیابیطس) کی اصابتیں نادر الوقوع ہیں۔ بیشتر صورتوں میں شکر کی قسم لیکٹوز (lactose) ہوتی ہے، جو کہ کوئی سربری اہمیت نہیں رکھتی، اور صرف عارضی مدت کی ہوتی ہے۔

لیکٹوز(lactose) حمل کے متاخر مہینوں میں لیکٹوز (lactose) کا شائبہ پایا جاسکتا ہے، اور گمان غالب ہے کہ یہ ایک پیش از وقت پستانی فعالیت ظاہر کرتا ہے۔ پیورپیریم (نفاس) کے دوران میں قارورہ میں لیکٹوز یوریا (lactosuria = لیکٹوز بولیت) ایک کثیر الوقوع امر ہے، اور تقریباً تیسرے یا چوتھے دن جبکہ پستان بھرے ہوئے ہوتے ہیں، خصوصیت سے نمایاں ہوتا ہے۔ جب پستان متمدد نہیں ہوتے، تو لیکٹوز غائب ہو جاتا ہے، لیکن اگر پستان دوبارہ بھر جائیں یا اگر کسی سبب سے

رضاعت دفعتاً روک دی جائے، تو لیکٹوزیوریا (لیکٹوز بولیت) از سرِ نو پیدا ہوجاتا ہے۔

اس قسم کی شکر پستانوں کے اندر پیدا ہوتی ہے۔ چنانچہ ایک حاملہ کتیا میں جس کے پستانوں کا بتر کردیا گیا، قارورہ میں کوئی لیکٹوز (lactose) نہیں پایا گیا، لیکن ڈیکسٹروز (dextrose) معتد بہ مقدار میں موجود تھا۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ پستان گلوکوز (glucose) کو لیکٹوز (lactose) میں تبدیل کرنے کی قابلیت رکھتا ہے۔

ایسٹ (yeast = لہن) لیکٹوز میں تخمیر نہیں پیدا کرتا۔ لیکٹوز کو فینائل ہائڈرازین (phenyl-hydrazine) اور پوٹاسیم ایسیٹیٹ (potassium acetate) کے ساتھ جوش دے کر اوسازون (osazone) کی قلمیں حاصل کرنا دشوار ہوتا ہے۔ قلمیں، جب اس طرح حاصل بھی ہوجاتی ہیں تو گلوکوسازون (glucosazone) کی قلموں سے مختلف ہوتی ہیں۔

لیکٹوز (lactose) کی موجودگی کوئی مرضیاتی اہمیت نہیں رکھتی، اور جب رضاعت ختم ہوتی ہے تو یہ غائب ہوجاتی ہے، اور اس کے لئے کوئی علاج نہیں درکار ہوتا۔

لیوولوز (lævolose) ۔ بقول کیمج (Cammidge) شکر کی یہ قسم ۲۵ فیصدی حاملہ عورتوں کے قارورہ میں پائی جاتی ہے۔ جن کیفیتوں میں یہ موجود ہوتا ہے وہ کوئی معلوم سریری اہمیت نہیں رکھتیں، لیکن اگر جگر خطرناک طور پر نقصان رسیدہ ہو، جیسے ایکیوٹ یلو اٹروفی (acute yellow atrophy = حاد ذبول اصفر) میں، تو بھی یہ موجود ہوتا ہے۔ اس لئے اگر دورانِ حمل میں لیولوز (lævolose) پایا جائے تو شدید نقصان جگر کو خارج از بحث کرنے کے لئے زچہ کے محتاط امتحان کی ضرورت ہے، لیکن اگر اس کا کوئی ثبوت نہ حاصل ہوسکے تو شکر کو نظر انداز کیا جاسکتا ہے۔

لیولوز، فہلنگ (Fehling) اور بینیڈکٹ (Benedict) کے محلولوں کی ترجیع 212
کرسکتا ہے۔ ایسٹ (لہن) سے اس کی تخمیر ہوتی ہے، اور اس سے اوسازون (osazone) کی قلمیں پیدا ہوتی ہیں جو بالکل ڈکسٹروسازون (dextrosazone) کے مماثل ہوتی ہیں۔ اس کا مابہ الامتیاز یہ ہے کہ یہ مقطب روشنی کو بائیں طرف گھما دیتا ہے۔

ڈکسٹروز (dextrose) ۔ شکر کی یہ قسم صرف حقیقی ڈایابٹیز میلائٹس (ذیابیطس شکری) میں ہی نہیں، بلکہ بعض دیگر حالتوں جیسے رینل گلائکوزیوریا (glycosuria=

کلوی شکر بولیت)، اور شوگر ٹالرینس (sugar tolerance= تحمل شکر) کی عارضی تخفیف میں بھی پائی جاتی ہے۔ یہ حمل کے اُن واقعات میں بھی موجود ہوتا ہے کہ جن میں ایکین آنھلمک گائٹر (جحوظی گھینگے) کی اور پیشوٹری (غدہ نخامیہ) کے مرض کی پیچیدگی پائی جاتی ہے۔

رینل گلائیکوزیوریا (renal glycosuria= کلوی شکر بولیت)

بلڈ شوگر کانٹنٹ (blood sugar content= دموی شکری مافیہا) طبعی حالات میں خون کے فی صد مکعب سنٹی میٹر میں ۰۹ء۰ تا ۰۱۷ء۰ گرام ہوتا ہے۔ جب یہ خون کہ جس میں شکر کی اتنی مقدار ہوتی ہے، گردوں میں پہنچتا ہے، تو ایپی تھیلیم (سرحلمہ) طبعی حالات میں اس شکر کو نکلنے نہیں دیتا۔ رینل گلائیکوزیوریا (کلوی شکر بولیت) میں رینل تھریشولڈ (renal threshold= کلوی دہلیز) طبعی سے پست تر ہوتا ہے، اور شکر باہر نکل جاتی ہے، بغیر اسکے کہ خون کے اندر شکر کی مقدار میں کوئی اضافہ ہو یا شوگر ٹالرنس (شکری تحمل) میں کوئی تخفیف ہو۔ گویا رینل گلائیکوزیوریا (کلوی شکر بولیت) میں گردے سے شکر اس طرح رس جاتی ہے جیسے کہ کسی چھلنی میں سے۔

بیان کیا جاتا ہے کہ یہ مرض آبادی کے ۰۱ء سے ۱ فی صدی حصہ میں واقع ہوتا ہے، عموماً اتفاقیہ طور سے دریافت ہو جاتا ہے، اس کے ہمراہ ڈایابیٹس میلائٹس (شکری ذیابیطس) کے کوئی علامات نہیں ہوتے، اور اس کو خلقی اصل کا خیال کیا جاتا ہے۔

اب ہمیں بہت سے اندراجات میسر ہیں جو یہ ظاہر کرتے ہیں کہ ان مریضاؤں نے جن کو اس قسم کا گلائیکوزیوریا (شکر بولیت) سالہا سال تک رہا، بچے جنے ہیں اور کوئی نقصان رساں نتائج نہیں پیدا ہوئے۔ اکثر اوقات اُن کے بچوں کو اُسی قسم کا گلائیکوزیوریا (شکر بولیت) ہوتا ہے۔

اس امر کی شہادت موجود ہے کہ دوران حمل میں رینل تھریشولڈ (کلوی دہلیز) پست ہو جاتا ہے، اور اسکی کہ رینل گلائیکوزیوریا (کلوی شکر بولیت) کی ابتدا دوران حمل میں ہو سکتی ہے۔

اس مرض کے لئے کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ مریضہ کو اس کی معمولی غذا کی اجازت دینا چاہیئے۔ ایسی مریضاؤں میں کاربوہائڈریٹس (carbohydrates) کا روکنا نامناسب ہے، کیونکہ مریضاؤں کا تھریشولڈ (دہلیز) پست ہونے کی وجہ سے ممکن ہے کہ خون خطرناک حد تک شکر سے خالی ہو جائے۔ اگر خون کی شکر کو اس حد تک کم ہونے دیا جائے کہ ہر سو مکعب سنٹی میٹر خون میں ۰.۰۴ شکر رہ جائے، تو قوما پیدا ہو جاتا ہے۔

شوگر ٹالرینس (شکر کے تحمل) میں عارضی تخفیف

بعض مصنفین نے گلایکوز یوریا (شکر بولیت) کی اس قسم کو ایلیمنٹری (alimentary = غذائی) کے نام سے بیان کیا ہے۔ مریضہ کا شوگر ٹالرینس (شکری تحمل) کمتر ہوتا ہے۔

ایک تندرست شخص میں کاربوہائڈریٹس (carbohydrates) کے لئے بہت ٹالریشن (toleration = تحمل) ہوتا ہے، اور طبعی فرد میں بلڈ شوگر (blood-sugar = دموی شکر) کو شکر کھانے سے اتنا زیادہ نہیں کیا جا سکتا کہ یہ شکر پیشاب میں آنکلے۔ اب یہ 213
مسلم ہو چکا ہے کہ دوران حمل میں مادری میٹابولزم (metabolism = تحوّل) بہت زیادہ تبدیل ہو جاتا ہے اور اس تغیر کا ایک مظہر یہ ہوتا ہے کہ کاربوہائڈریٹ (carbohydrate) کی اتنی مقدار کا استحالہ نہیں ہوتا کہ جتنی مقدار کا غیر حاملہ عورت میں ہو جاتا ہے۔

ایسی مریضاؤں میں شکر کی زیادہ مقدار نہیں خارج ہوتی، یہ مقدار عموماً دن بھر میں ۱۰ سے ۵۰ گرام تک ہوتی ہے۔

رینل گلایکوز یوریا (کلوی شکر بولیت) سے تشخیص کرنے کے لئے مریضہ کو ۲۵ تا ۵۰ گرام ڈکسٹروز (dextrose) کھلا کر مابعد بلڈ شوگر (دموی شکر) کی تخمین کی جاتی ہے۔ یہ امر کہ بلڈ شوگر (دموی شکر) کس درجہ تک بڑھ گیا ہے، ظاہر کرتا ہے کہ شوگر ٹالرینس (شکری تحمل) میں کس درجہ تک تخفیف ہو گئی ہے۔

شوگر ٹالرینس (شکری تحمل) کی عارضی تخفیف غالباً گلایکوز یوریا (شکر بولیت) کی ایک عام ترین شکل ہے جو کہ دوران حمل میں پیدا ہوتی ہے۔ بالعموم یہ کوئی ناموافق

حالت نہیں ہے، اور جب حمل ختم ہو جاتا ہے تو شوگر ٹالرینس (شکری تحمل) بھی طبعی حالت پر آجاتا ہے، اور متوالی حمل کی صورت میں پھر بڑھ جاتا ہے۔ یہ ممکن ہے کہ شوگر ٹالرینس (شکری تحمل) کی عارضی تخفیف ڈایابیٹز (ذیابیطس) کا ایک پیش خیمہ ہو اور مذکورہ مریضاؤں میں خفیف درجہ کا ڈایابیٹز (ذیابیطس) موجود ہو۔ گو کہ ایسی مریضاؤں کا انذار موافق ہوتا ہے تاہم ان کی محتاط نگرانی کی ضرورت ہوتی ہے۔ شکر کی جملہ برآمد کی تخمین کرنا چاہیے اور اسی نسبت سے کاربو ہائڈریٹس (carbohydrates) کا کھانا کم کر دینا چاہیے، لیکن ان کو بہت سختی سے نہ ترک کر دینا چاہیے۔ اگر علاج کرنے پر خون کی شکر طبعی رہے تو کاربو ہائڈریٹ (carbohydrate) کی مقدار میں احتیاط سے اضافہ کیا جا سکتا ہے۔

انسیولن (insulin) کے علاج کے تحت، یعنی انسیولن (insulin) کے ۵ تا ۱۰ یونٹ کے تحت ان مریضاؤں کو اور زیادہ آزادی دی جا سکتی ہے، اور وہ روٹی کی متوسط مقدار کھا سکتی ہیں، اور جب قارورہ میں کوئی شکر نہ ہو تو علاج میں آسانی کر دی جاتی ہے بشرطیکہ کبھی کبھی خون کی شکر کی تخمین کی جائے۔

شوگر ٹالرینس (شکری تحمل) کی عارضی تخفیف کا سبب تاریکی میں ہے۔ حمل کے علاوہ دیگر حالتوں جیسے پریشانی اور غیر معمولی بار میں اس کا واقع ہونا معلوم ہے۔ سمپتھیٹک نروز (sympathetic nerves = اعصاب مشارکی) ایڈرینل (adrenal = سرگردہ) پشوٹری (غدہ نخامیہ) اور تھائیرائڈ (درقیہ) کو ہیجان میں لاتے ہیں، جن کے افراز شوگر ٹالرینس (شکری تحمل) کو کم کرتے ہیں۔ یہ اعصاب بین کریاز (لبلبہ) کا امتناع کرتے ہیں، جس کا افراز کاربو ہائڈریٹ ٹالرینس (کاربو ہائڈریٹ تحمل) کو زیادہ کرتا ہے۔ لہٰذا مذکورہ غدد کے مرض سے، یا سمپ تھیٹک نروس سسٹم (مشارکی عصبی نظام) کے اختلال سے جو اُن کو قابو میں رکھتا ہے، گلائکوز یوریا (شکر بولیت) پیدا ہو سکتا ہے۔

شوگر ٹالرینس (شکری تحمل) کی تخفیف کی حقیقی توجیہہ کے متعلق جو نظریات اوپر بیان کئے گئے ہیں، ان کو ہماری موجودہ معلومات کی روشنی میں صرف قیاسی تصور کیا جا سکتا ہے۔

حقیقی ڈایابٹیز میلائٹس (شکری ذیابیطس)

ان مریضاؤں میں جن کو مذکورۂ بالا قسم کا گلائکوزیوریا (شکر بولیت) ہوتا ہے، یہ حالت صرف اتفاقی طور پر دریافت ہوتی ہے، اور عارضی مدت کی ہوتی ہے، اور اس کے ہمراہ کوئی علامات نہیں ہوتے۔ لیکن اُن مریضاؤں میں جو حقیقی ڈایابٹیز میلائٹس (شکری 214
ذیابیطس) میں مبتلا ہوتی ہیں، صورت حال اس کے برعکس ہوتی ہے۔ ان میں مرض مستقل ہوتا ہے، مریضہ کو پیاس، بھوک، اور کمزوری کی تکلیف ہوتی ہے، بلڈ شوگر کانٹنٹ (دموی شکر کا مافیہا) طبعی سے بہت زیادہ ہوتا ہے، اور ایسی ڈوسس (acidosis = ترشہ سمیت) موجود ہوتا ہے۔ ایسی مریضاؤں کی صورت میں اس غرض سے کہ پیشاب شکر سے مبرا رہے، اور بلڈ شوگر (دموی شکر) کا لیول طبعی رہے، حقیقی ڈایابٹیز میلائٹس (شکری ذیابیطس) کے پورے دستور العملی علاج پر کہ جس میں فاقہ کشی کے وقفے ہوں، عمل پیرا ہونا پڑتا تھا لیکن انسولین (insulin) کے علاج سے ان تدابیر میں معتد بہ طور پر تبدیلی کیجا سکتی ہے، اور ممکن ہے کہ فاقہ کشی کی ضرورت نہ پڑے۔ اس امر کے متعلق کہ مریضہ کا قبالتی انصرام کس طرح ہونا چاہیئے، ہمارے آرا میں نمایاں تبدیلی ہوگئی ہے، بشرطیکہ مریضہ انسولینی علاج کی استجابت کرتی ہو۔ پہلے یہ یقین کیا جاتا تھا کہ حمل کے ساتھ حقیقی ڈایابٹیز (ذیابیطس) ہونا ایک خطرناک پیچیدگی ہے۔ شدید اصابتوں میں صاف طور سے انذار خراب ہوتا تھا۔ مریضہ کا حمل گر جانے یا جنین کے رحم کے اندر ہی مر جانے کا احتمال ہوتا تھا۔ جنین اکثر اوقات بے انتہا بڑی جسامت کا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ لائکر ایمنیائی (رطل) کی مفرط مقدار موجود ہو۔ سابق میں مادری اموات بہت تھی، ۲۷ فی صدی عورتیں ولادت سے ۲۴ گھنٹہ کے اندر، اور ۲۳ فی صدی دو سال کے اندر مر جاتی تھیں۔ لیکن اگر انسولین کے ذریعہ جدید طریقوں سے علاج کیا جائے تو ممکن ہے کہ عورتیں حمل اور وضع حمل بصحت اور سلامتی گزار دیں۔

اس امر کا دریافت کرنا ایک دشوار معاملہ ہے کہ بہترین علاج کیا ہے جو تجویز کیا جائے۔ مناسب غذائی اور دوائی علاج کے تحت اگر علامات زائل ہوں اور بلڈ شوگر

خون کی شکر) طبعی حدود کے اندر رکھا جا سکے، تو کوشش یہ کرنی چاہیئے کہ حمل کا خاتمہ کرنے کی نوبت نہ آئے۔ اس بات کا فیصلہ کرنا کہ کیا تدابیر اختیار کرنی چاہئیں، علامات کی شدت اور علاج کی استجابت پر منحصر ہے۔ اگر علامات قائم رہیں اور مریضہ کی حالت ابتر ہو جائے تو حمل کو ختم کر دینا چاہیئے تاہم جتنا پورے دن قریب ہوں یہ فیصلہ کرتے وقت اتنا ہی تامل سے کام لینا ہے۔

وضع حمل کے دوسرے مرحلہ کو ماں کی سلامتی کا مناسب خیال کرتے ہوئے مختصر کرنا چاہیئے، تاکہ عضلی سعی کی ضرورت نہ ہو، اور سایانوسس (زراق) اور ایسی ڈوسز (ترشہ سمیت) کا خطرہ کم ہو جائے۔ ممکن ہے کہ سایانوسس (زراق) ہائپرگلائیسیمیا (hyperglycæmia = بیش شکر دمویت) کی تحریک پیدا کرے، جیسا کہ کلوروفارم (chloroform) اور ایتھر (ether) بھی پیدا کر سکتے ہیں۔ بیان کیا جاتا ہے کہ ایتھر انسیولن (insulin) پر امتناعی تاثیر رکھتی ہے۔ اس لیئے ضروری ہے کہ سایانوسس (زراق) کو رفع کیا جائے اور گیس اور آکسیجن، یا سپائنل این اس تھیسیا (شوکی عدم حسیت) کا استعمال کیا جائے۔ مارفیا (morphia) کا استعمال ممنوع نہیں ہے۔ ایسی ڈوسز (acidosis = ترشہ سمیت) اور قوما (coma) کے امکان کو کم کرنے کے لئے یہ مناسب ہے کہ وضع حمل کے دوران میں اور ولادت کے بعد فوراً نارمل سیلائن (normal saline = طبعی مالح) جس کے ساتھ بائی کاربونیٹ آف سوڈا (bicarbonate of soda) (ایک پائنٹ میں ایک ڈرام) شامل کیا گیا ہو، درون وریدی طور پر دیا جائے۔

دوسرے مرحلہ میں شکمی عضلات کی متواتر اخراجی مساعی کی وجہ سے ہائپوگلائیسیمیا (hypoglycæmia = زیر شکر دمویت) کا میلان پایا جاتا ہے۔ اس کمی کو روکنے کیلئے ضروری ہے کہ وضع حمل کے دوران میں شکر دی جائے۔

بالعموم وضع حمل ختم ہونے کے بعد ڈایابیٹک (ذیابیطسی) مریضہ کا خون معمولی شوگر لیول (شکری لیول) پر واپس آجاتا ہے۔ ان اصابتوں کے متعلق جن میں سپسس (sepsis = عفونت) ہو جائے، یہ بیان صحیح نہیں ہے۔

باب بست و دوم 215

وہ امراض جو حمل کے ہمراہ پائے جاتے ہیں (بسلسلۂ ماسبق)

جنون اور زچگی

عورتیں حمل میں، وضع حمل میں، بیور پیریم (نفاس) میں، یا رضاعت کے زمانہ میں مجنون ہوسکتی ہیں۔ زمانۂ ماضی میں جنون کی اقسام اس امر کے لحاظ سے مقرر کی جاتی تھیں کہ یہ کس زمانہ میں شروع ہوا ہے، لیکن جدید تعلیم ان تقسیمات پر زور نہیں دیتی۔ ممکن ہے کہ زچگی کے جنون کا حملہ، اولین حملہ ہو، یا ممکن ہے کہ یہ مرض کا توالی ہو۔ زچگی کے اثر کے متعلق یہ سمجھنا چاہیئے کہ یہ اُن لاتعداد اثرات میں سے ہے، جن کے متعلق خیال کیا جاتا ہے کہ یہ دماغی بیماری پیدا کرنے کی قابلیت رکھتے ہیں۔

زچگی میں سوائے خلقی الاصل جنون، یا شیخوخی انحطاط کے جنون کے، جنون کی ہر قسم ظہور پذیر ہوسکتی ہے۔ انذار کا انحصار اس امر پر ہے کہ جنون کی قسم کیا ہے کہ جس میں مریضہ مبتلا ہے۔

اقسام جنون۔ جن اقسام کے ملنے کا سب سے زیادہ امکان ہے وہ حسب ذیل ہیں:۔

(۱) کانفیوژنل ان سنٹی (confusional insanity = جنون اختلاطی)

(۲) آلٹرنیٹنگ ان سنٹی (alternating insanity = جنون متبادل)

(۳) ڈیمنشیا پریکاکس (dementia precox = عتاہت متبادر)

ان تینوں اقسام کی تفریقی تشخیص اکثر بہت دشوار ہوتی ہے اور اس کے لئے ایک ماہر امراض دماغی کی مدد کی ضرورت ہوگی۔

ڈیمنشیا پریکاکس (عتاہت متبادر) میں ان تمام جنونوں کو شامل سمجھنا چاہیے، جن کا انجام ایک ٹرمینل ڈیمنشیا (terminal dementia = آخری عتاہت) پر ہوتا ہے جس سے مکمل شفایابی کی کوئی امید نہیں ہوتی۔ آلٹرنیٹنگ ان سینٹی (alternating insanity = جنون متبادل) سے یہ مراد ہے کہ جوش و خروش، انخفاض، اور ذہول کے حملوں کا ایک نبئی اور تاحیات رجحان ہوتا ہے۔ یہ حملے اکثر اوقات اس بار کے سبب سے رونما ہوتے ہیں کہ جو زچگی کے وقوع سے پیدا ہوتا ہے۔ کان فیوژنل ان سینٹی (جنون اختلاطی) میں وہ اضافیں شامل ہیں جن میں بنیادی سبب خستگی، یا عفونتی تسمم ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں مکمل شفایابی کی توقع کی جا سکتی ہے۔

تشخیص اور انذار

عام علامات کہ جو آغاز جنون کی خبر دیتے ہیں، یہ ہیں۔ غذا سے انکار، بیخوابی اور بچہ سے نفرت۔

آغاز کا وقت۔ (الف)۔ دوران حمل میں جنون کا آغاز ہونا ایک نہایت ہی ناموافق امر ہے۔ ایسے واقعات عموماً ڈیمنشیا پریکاکس (عتاہت متبادری) کی اور کمتر آلٹرنیٹنگ ان سینٹی (جنون متبادل) کی مثالیں ہوتے ہیں۔

216 (ب) زچگی یا پیورپیریم (نفاس) کے دوران میں محرک سبب، یا تو عصبی خستگی یا عفونتی تسمم، یا دونوں ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس عصبی خستگی کا سبب کسی ناکتخدا عورت میں حمل واقع ہونا ہو۔ سبب کی مذکورہ بالا نوعیت کی وجہ سے سب سے زیادہ کثیر الوقوع شکل کان فیوژنل ان سینٹی (جنون اختلاطی) ہے، لیکن آلٹرنیٹنگ ان سینٹی (جنون متبادل) بھی بہت عام ہے۔ فوری انذار عموماً اچھا ہوتا ہے۔ آخری انذار صرف اسی صورت میں موافق ہوتا ہے، جبکہ جنون کی خاندانی روداد موجود ہو، یا جب سابقہ حملوں کی روداد موجود نہ ہو، یا جبکہ کان فیوژنل ان سینٹی (جنون اختلاطی) ہو۔

(ج) مندرجہ بالا بیانات لیکٹیشن (رضاعت) کے جنون پر بھی صادق آتے ہیں۔ بہت ممکن ہے کہ اس کا محرک سبب خستگی ہو۔ لہٰذا اگر دیگر علتی عوامل موجود نہ ہوں، تو کان فیوژنل ان سینٹی (اختلاطی جنون) کی تشخیص، اور موافق انذار بہت زیادہ قرین قیاس ہے۔

سابق حملوں کی روداد۔ سابق حملوں کی روداد یا خاندان میں جنون کی روایات کی صورت میں بہ احتیاط تحقیقات کرنے کی ضرورت ہے۔ اگر ایسی روداد مل جائے تو اغلب ہے کہ یہ کانفیوژنل ان سینٹی (جنون اختلاطی) کی اصابت نہیں، گو کہ یہ قسم قطعاً خارج از بحث نہیں کی جا سکتی۔

نمایاں دماغی علامت کس قسم کی ہے۔ یہ سوال نہایت ہی اہم ہے مگر اسکو بالکل صحیح طور پر دریافت کرنا درحقیقت ایک ماہرِ امراض دماغی کا کام ہے۔ پانچ خاص قسمیں ہیں، یعنی اختباطات، ذہول، انخفاض، جوش و خروش اور ہذیان۔

اختباطات ایک ناموافق علامت ہیں، اسی طرح ذہول بھی بشرطیکہ وہ خستگی یا ہذیان کے دوران میں نہ پیدا ہو۔

یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ کان فیوژنل ان سینٹی (جنون اختلاطی) کی سب سے نمایاں علامت اختلاط ہے، جس کا پہلا درجہ تیرگئ شعور اور آخری درجہ حقیقی ہذیان ہوتا ہے۔ اسکے ہمراہ توہمات پائے جاتے ہیں جو کہ بالعموم صرف سماعت اور بصارت کے ہوتے ہیں۔

علاج

جنون کے واقعات کی ایک بہت زیادہ تعداد میں یہ بہت بہتر ہوتا ہے کہ مریضہ کو اپنے رشتہ داروں اور معمولی گرد و پیش کے حالات سے علیحدہ کیا جائے۔ مزید برآں جب مریضہ کا علاج گھر پر کیا جاتا ہے تو یہ دیکھا جاتا ہے کہ جب وہ اچھی ہوتی ہے تو اس کو اپنے زمانہ بیماری کے ماحول سے اتنی شدت سے نفرت ہو جاتی ہے کہ اُس ماحول کو مستقل طور پر تبدیل کرنا پڑتا ہے۔ اس کے علاوہ گھر پر ایسا علاج کرنا کہ جو درحقیقت

موثر ہو، بہت مہنگا پڑتا ہے۔

اگر مریضہ کا گھر پر علاج کیا جائے تو معالج طبی کو چاہیئے کہ وہ رشتہ داروں کو جتا دے کہ ۱۸۹۰ء کے قانون مجانین کی دفعہ ۳۱۵ کی خلاف ورزی نہ ہو، اس کی رو سے کسی شخص کا کسی فاترالعقل شخص کو اجرتاً اپنی نگرانی میں رکھ لینا خلاف قانون ہے، تا وقتیکہ
فاترالعقل شخص کو قانون مذکور کے تحت صداقت نامہ نہ دیا گیا ہو۔ مندرجہ بالا امر کو مدنظر 217
رکھتے ہوئے مریضہ کا دوران حمل میں گھر پر علاج کرنا مناسب ہے تاکہ بچہ کو دارالمجانین میں پیدا ہونے کے داغ سے بچایا جائے۔ بہرصورت طبیب کو اس امر کے لئے آمادہ رہنا چاہیئے کہ اگر مریضہ کے رشتہ دار اُسے دوسری جگہ منتقل کرنے کی اجازت نہ دیں، تو وہ اس کا گھر میں علاج کرے۔ ولادت کے بعد بچہ کو فوراً ماں سے علیحدہ کر دینا چاہیئے اور نوزائیدہ بچہ کو ہرگز اسکے قریب نہ آنے دینا چاہیئے، خواہ مرض کتنا ہی خفیف کیوں نہ معلوم ہو، کیونکہ خودکشانہ یا قاتلانہ میلان کسی وقت بھی دفعتاً پیدا ہو سکتا ہے۔ علاوہ بریں شوہر یا تیمارداروں سے دفعتاً نفرت پیدا ہو جانا، اور صریح شہوانیت اور فحش حرکتیں پیورپیرل (نفاسی) جنون کی امتیازی خصوصیات ہیں۔

مریضہ کو نیچے کی منزل پر موزوں کمرہ یا کمرے دینا چاہئیں، اور تین تیماردار جو خاص طور پر دماغی مریضوں کی تمریض میں تربیت یافتہ ہوں، اس کے پاس ہونی چاہئیں، ایک شب کی فرائض کی انجام دہی کے لئے اور دو دن کے لئے، اور شب کی تعیناتی کی کی نرس (ممرضہ) کے لئے یہ ممکن ہونا چاہیئے کہ وقت ضرورت وہ فوراً امداد طلب کر سکے۔ اگر نچلی منزل پر کمرے نہ مل سکیں، تو ایسے ذرائع اختیار کرنا چاہئیں کہ مریضہ اپنے کو کسی کھڑکی سے نیچے نہ گرا سکے۔ یہ ضروری ہے کہ پیخانہ یا حمام میں، یا قینچی، چاقو، آگ، روشنی یا کسی دیگر ذریعہ سے خودکشی کرنے کے تمام امکانات دور کر دیئے جائیں۔ لیکن قرار واقعی انتظام صرف یہ ہے کہ نہایت سخت اور مسلسل نگرانی ہو، چنانچہ جن لوگوں کی سپردگی میں مریضہ ہو اُن پر اس امر کو اچھی طرح ذہن نشین کر دیا جائے۔

فاعلانہ علاج کے اہم اجزا یہ ہیں کہ غذا کافی دی جائے، حاد مراحل کے دوران میں بستر پر آرام ہو، نیند کی مناسب مقدار ہو اور بہتر ہے کہ یہ نیند کھلی ہوا میں لیجائے، اور جلد و امعا کا آزادانہ فعل ہو۔ سادہ غذا بہ افراط دینا چاہیئے اور اس کا تکملہ دودھ کی

وافر مقدار سے کرنا چاہیئے۔ اگر غذا لینے سے انکار کیا جائے اور ترغیب دینے کا کچھ اثر نہ ہو تو مریضہ کو ناک کی راہ سے غذا دینے کی ضرورت ہے۔

بیخوابی کے لئے ضروری ہے کہ شب و روز کھلی ہوا میں رکھنے کی آزمائش کیجائے و نیز مریضہ کو ۱۰۰ ڈگری کے مغسل میں نصف گھنٹہ یا زیادہ دیر تک رکھا جائے۔ ان ہر دو طریقہ ہائے علاج کا انتظام کسی پُرسامان پاگل خانہ میں اچھی طرح ہو سکتا ہے۔ جہانتک ممکن ہو خواب آور ادویہ سے احتراز کرنا چاہیئے، گو بسا اوقات ان کا استعمال لازمی ہو جاتا ہے۔ حسب ذیل ادویہ نہایت مفید ہیں۔ پرالڈہیائڈ (paraldehyde) ایک تا ۳ ڈرام کی خوراک میں دن میں ایک یا دو بار، جس میں ۳۰ تا ۶۰ گرین برومائڈ (bromide) شامل کیا جا سکتا ہے، اور ذائقہ کو چھپانے کے لئے ۲۰ قطرے لیکوئڈ ایکسٹرکٹ آف لائکورس (liquid extract of liquorice) کے ملائے جا سکتے ہیں۔ کلورل (chloral) ۱۵ تا ۳۰ گرین کی خوراکوں میں ۲۴ گھنٹہ میں دو یا تین بار برومائڈ (bromide) کے ہمراہ یا اس کے بغیر دیا جا سکتا ہے، بشرطیکہ قلب یا دوران خون کی حالت اس کے استعمال کی مانع نہ ہو [کلورل (chloral) کا استعمال بہت روز تک نہ جاری رہنا چاہیئے)۔ باربیٹون (barbitone)، جس کی ۱۰ گرین یا شاذ ۱۵ گرین کی واحد خوراک دیجا سکتی ہے۔ سلفونل (sulphonal) کسی ملیّن دوا کے ہمراہ ۱۵ تا ۳۰ گرین ایک یا دو یوم تک دن میں دو بار دیا جا سکتا ہے، یا ٹرائیونل (trional) ۱۰ تا ۲۰ گرین دیا جا سکتا ہے۔ ہر حاد ہیجان میں ۱/۴ گرین 218
مارفیا (morphia) معہ ۱/۱۰۰ گرین ہائیوسین (hyoscine) کے، جنھیں احتیاط سے بالترتیب ۱/۲ گرین اور ۱/۵۰ گرین تک بڑھایا جا سکتا ہے، نہایت ہی مفید ہے، اور بالخصوص ہائیوسین اگر طویل گرم غسل سے فوراً قبل دی جائے تو خاص طور پر مفید ہے۔ جب حاد علامات جاتے رہیں تو تدریجی ورزشیں کرانا چاہئیں، اور نگرانی کو نہایت احتیاط سے ہلکا کر دینا چاہیئے۔ خودکشی کا خطرہ سب سے زیادہ انخفاض کی انتہا سے فوراً قبل یا فوراً بعد ہوتا ہے۔ نقیہیت کے دوران میں اسٹرکنین (strychnine) اور فاسفورک ایسڈ (phosphoric acid) دیا جا سکتا ہے، اور ضرورت ہو تو احتباس الطمث کے لئے فولاد اور ایلوا (aloes) دیا جا سکتا ہے۔ اگر نقیہیت میں طوالت ہو تو تھائرائڈ ایکسٹرکٹ (thyroid extract = خلاصہ درقیہ) ممکن ہے کہ حیرت انگیز عمل کرے، لیکن یہ کبھی نہیں بھی اثر کرتا۔

کسی عورت کا حمل اس لئے ختم کرنا کہ وہ مجنون ہے عام طور پر صحیح نہیں ہے، کیونکہ بیشتر صورتوں میں حمل گرانے کا ان علامات پر کچھ اثر نہیں ہوتا، اور اس کی وجہ جنون کی نوعیت ہے جو کہ اس زمانہ میں پیدا ہوتا ہے۔ اس کلیہ کے امکانی مستثنیات حسب ذیل ہیں:

(۱) جب کہ جنون عورت کے اس خیال کا نتیجہ معلوم ہوتا ہے کہ وہ وضع حمل میں فوت ہو جائے گی یا یہ کہ اس کا بچہ مانسٹر (monster = مسخوط) یا کسی اور طرح پر غیر طبعی ہوگا (۲) جب کہ زمانۂ سابق میں مریضہ کو دو یا زیادہ حمل رہے ہوں اور ہر مرتبہ دوران پیورپیریم (نفاس) میں وہ مجنون ہو گئی ہو۔

مذکورہ بالا سوال سے نہایت قریبی طور پر متعلق ایک دوسرا سوال یہ ہے کہ حمل روکنا مناسب ہے کہ نہیں۔ اس غرض کے لئے غالباً حامل استثنائی حالات میں عملیتی تدابیر اختیار کی جاتی ہیں۔ اگر ایسا کیا جائے تو ایک ماہر امراض دماغی سے مشورہ لینے پر زور دینا چاہیے، اور اس وقت جب کہ اس کا صاف ثبوت ہو کہ مریضہ قابل تصدیق جنون کی حالت میں نہیں ہے، مریضہ کے شوہر کو اور مریضہ کو عملیہ کی غایت اچھی طرح سمجھا دینی چاہیے، اور سرجن کو ایک لیٹر آف آئڈمنٹی (letter of idemnity = برات نامہ) دے دینا چاہیے۔ یہ حجت کہ ایک مریضہ کو یوجینک (eugenic = اصلاح النسلی) دلائل کی بنا پر عقیم کر دینا چاہیے، قانون نے ہنوز اس کو جائز قرار نہیں دیا۔

بیشتر اصابتیں جو وضع حمل کے بعد پیدا ہوتی ہیں، وہ پیورپیریم (نفاس) کے اول ۵ ایوم میں رونما ہوتی ہیں۔ ان کا علاج کرتے وقت مذکورہ بالا اصولوں کو ہی خیال میں رکھنا چاہیے۔ خاص نکات یہ ہیں کہ بیلاڈونا پلاسٹر (belladonna plaster) جو کہ حفاظت میں رکاوٹ ہونے پر اکثر استعمال ہوتا ہے، خطرناک ہے، کیونکہ یہ خودکشی کے لئے استعمال ہو سکتا ہے۔ نیز اگر ارتفاع حرارت ہو، تو ٹاکسیمیا (تسمم دم) اور سپسس (عفونت) کے ہر امکانی منبع کو دور کرنا چاہیے، یا اُس کا علاج کرنا چاہیے، بکثرت ارتفاع حرارت میں اسپنج (sponge) کرنا چاہیے، مگر دیگر اصابتوں میں طویل گرم غسل بہت فائدہ کرتا ہے۔ اگر بہت سے خراجات ہوں، یا اگر اصابت واضح طور پر سمی اصل کی ہو، تو پالی ویلنٹ سیرم (poly-valent serum = مبش گرفتہ مصل) کا استعمال بعض اوقات نہایت ہی مفید ہوا ہے۔ اگر بول یا براز کا ان کانٹی ننس (incontinence = سلس) ہو، تو بیڈ سورز

bedsores= بستری پھوڑوں) کو روکنے کے لئے نہایت محتاط تمریض کی ضرورت ہوگی۔ اگر جنون کی ابتدا لیکٹیشن (رضاعت) کے آخری زمانہ میں ہو تو عموماً اس کا سبب خستگی ہوتا ہے، چنانچہ نسبتاً غریب طبقات میں یہ مرض زیادہ عام ہے۔ مریضہ کو گھر سے علیحدہ کردینا چاہیئے، اور بہ افراط غذا اور کافی آرام دینا چاہیئے، اور عمومی مقوی علاج کرنا چاہیئے اس توقع 219 میں کہ جب جسمانی قوت عود کرے گی تو دماغی حالت کو بھی شفا ہوجائے گی۔

دورانِ حمل میں دفعتاً موت

دوران حمل میں دفعتاً موت ایسی کیفیتوں کی وجہ سے واقع ہوسکتی ہے جو حمل سے بالکل غیر متعلق ہوتی ہیں، جیسے کہ ماربس کارڈس (morbis cordis= مرض القلب)، سیریبرل ہیمریج (دماغی نزف) یا امبولزم (embolism= سدادیت) سے ناگہانی موت کا سبب ممکن ہے وہ ہیمریج (نزف) ہو جو کہ براہ راست حمل سے متعلق ہوتی ہے خواہ اندرونی جیسے کہ ایکٹاپک جیسٹیشن (ectopic gestation= بے محل حمل) یا کان سیلڈ ایکسیڈنٹل ہیمریج (پوشیدہ اتفاقی نزف) ہیں، یا بیرونی، جیسے کہ ان اوائڈیبل ہیمریج (ناگزیر نزف) یا اکسٹرنل اکسڈنٹل ہیمریج (بیرونی اتفاقی نزف) ہیں۔

نہایت ہی شاذ و نادر صورت میں یہ بھی ہوسکتا ہے کہ دوران حمل میں عموماً کسی کہنہ دریدگی یا سسرین سکیشن (قیصری شگاف) کے ندبہ کی جگہ سے رحم مشقوق ہوجائے اور ممکن ہے کہ مستثنیٰ صورتوں میں اس سے دفعتاً موت واقع ہوجائے، گو زیادہ تر ایسا نہیں ہوتا۔

220

جزوِ دوم ۔ وضع حمل

(الف) طبعی وضع حمل

باب بست و سوم

تشریح پیلوس (Pelvis = حوض)

مندرجۂ ذیل بیان میں پیلوس (حوض) پر قبالتی نقطۂ نظر سے بحث کی گئی ہے اور صرف اُن تشریحی نکات کا ذکر کیا گیا ہے جو اس نقطہ نظر سے اہم ہیں۔

پیلوس (حوض) کی ہڈیاں

پیلوس (حوض) چار ہڈیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ دو آسا اِنّامی نیسٹا (ossa innominata = عظام لا اسم لہم)، سیکرم (sacrum = عجز) اور کاکسکس (عصعص)۔ آس اِنّامی نیٹم (os inominatum = عظم لا اسم لہ)۔ یہ عظم تین حصوں سے بنی ہوئی ہے، الیم (ilium = حرقفہ)، اسکیم (ischium = عظم الورک) اور پیوبیز (pubes = عظم العانہ)۔ یہ حصے، ۲۰ سال کی عمر تک غضروف کے ایک تر پہلے ٹکڑے کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے جدا رہتے ہیں، جس کا مرکز ایسی ٹیبولم

acetabulum= فنجان) پر ہوتا ہے۔

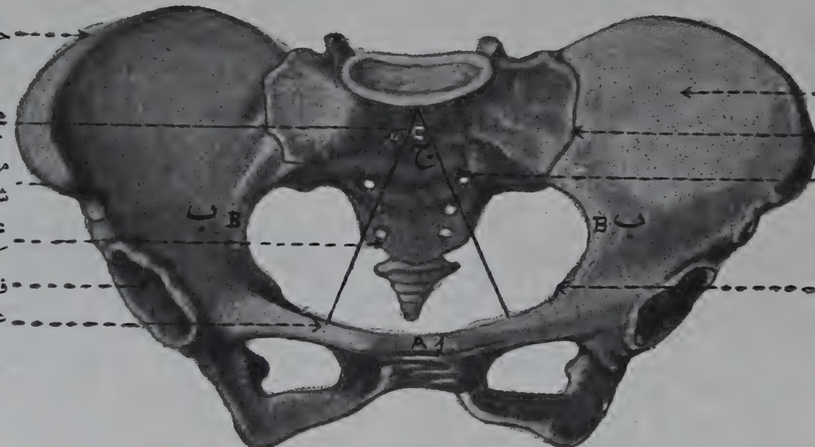
الیم (حرقفہ)۔ الیم (حرقفہ) کے اگلے فوقانی سرے کو انٹیریر سپیریر سپائن (anterior= superior spine= مقدم فوقانی شوکہ) اور پچھلے فوقانی سرے کو پوسٹیریر سپیریر سپائن (posterior superior spine= پچھلا فوقانی شوکہ) کہتے ہیں۔ ان نقطوں کے درمیان ایک عظمی حید ہوتا ہے جسے کرسٹ آف الیم (crest of ilium= حرقفی عرف) کہتے ہیں۔ چند پیمائشیں قبالتی نقطہ نظر سے اہم ہیں، یہ دونوں انٹیریر سپیریر سپائنز (اگلے فوقانی شوکوں) کے درمیان سے، کرسٹز (عرفوں) کے درمیان سے اور دونوں پوسٹیریر سوپیریر سپائنز (پچھلے فوقانی شوکوں) کے درمیان سے لی جاتی ہیں۔ الیم (حرقفہ) کی اندرونی سطح پر، جہاں یہ اسکیل (ischial= ورکی) اور پیوبک (عانی) عظام سے ملتی ہے، ایک ابھار ہوتا ہے جسے الیو پکٹینیل ایمی ننس (ilio-pectineal eminence= حرقفی مشطی فراز) کہتے ہیں۔ الیا (حرقفات) فالس پیلوس (false pelvis= حوض کاذب) کے اطراف بناتے ہیں، سیکرم (عجز) اور پیوبیز (عظام العانہ) کے ساتھ ملکر پیلوس (حوض) کی برم (لگر) بناتے ہیں، اور اسکیم (ورک)، پیوبیز (عظام العانہ) اور سیکرم (عجز) کیساتھ ملکر کیویٹی (کہفہ) کی عظمی دیوار بناتے ہیں۔

اسکیم (ischial= عظم الورک)۔ اسکیم (عظم الورک) ٹروپیلوس (true pelvis= حوض صادق) کا ایک حصہ بناتی ہے، اور ایک تنبع عظمی زائدہ پر مختتم ہوتی ہے جسے ٹیوبراسٹی (tuberosity= حدبہ) کہتے ہیں۔ الیو پکٹینیل ایمی ننس (حرقفی مشطی فراز) اور اسکیل سپائن (ورکی شوکہ) کے درمیان ایک عظمی حید ہوتا ہے جو اسکیم (عظم الورک) کو دو مستویات میں تقسیم کرتا ہے، یعنی
اگلا جھکا ہوا عظمی مستوی، اور پچھلا جھکا ہوا عظمی مستوی۔ اگر بچہ کا سر حوض سے گزرنے کے دوران میں 221
حوض میں پھسلتے آتا ہو، تو یہ مستویات اسکی اندرونی تدویر میں فاعلانہ حصہ لیتے ہیں۔ اسکیل ٹیوبراسٹیز (ورکی حدبوں) کے درمیان کا فاصلہ قبالتی اہمیت رکھتا ہے کیونکہ ان کے درمیان اوٹ لیٹ (مخرج) کا عرضی یعنی سب سے چھوٹا قطر ہوتا ہے۔ ذرا بلند تر لیول پر اسکیل سپائنز (ورکی شوکے) بروز کردہ ہوتے ہیں۔ انکے درمیان جو فاصلہ ہوتا ہے، وہ ٹیوبراسٹیز (حدبوں) کے درمیانی فاصلہ سے ذرا کم ہوتا ہے اور پیلوس (حوض) کا سب سے چھوٹا قطر ہوتا ہے۔

پیوبیز (pubes= عظم عانہ)۔ پیوبیز (عظم عانہ)، اپنے دوسری طرف کے رفیق کی معیت میں، ٹروپیلوس (حوض صادق) کے سامنے کا حصہ بناتی ہے۔ یہ دو فروع کے ذریعہ اوپر اور نیچے، بالترتیب اپنی جانب کے الیم (ilium= حرقفہ) اور اسکیم (عظم الورک) سے جڑی ہوتی ہے، اور فروع کے

درمیان کی فضا آبچوریٹر فورامن (obturator foramen= سوراخ ساد) کہلاتی ہے۔ ایک تنگ زیر عانی زاویہ کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اوٹ لیٹ (مخرج) پر عرضی قطر چھوٹا ہوتا ہے۔

سیکرم (sacrum= **عجز**)۔ سیکرم (عجز) ایک تقریباً مثلث ہڈی ہے اور یہ پانچ سیکرل (عجزی) فقرات کے اتحاد سے بنتا ہے۔ یہ کاکسکس (coccyx= عصعص) کے ساتھ شامل ہو کر ٹروپیلوس (حوض صادق) کا پچھلا حصہ بناتا ہے۔ سیکرم (عجز) کی فوقانی سطح کا اگلا کنارہ جو پانچویں قطنی فقرہ سے جڑ جاتا ہے وہ سیکرم (عجز)



تصویر ۲۳۴ مونث پیلوس (حوض)، جبکہ اسے سامنے سے دیکھا جائے۔
ا، ب، ج پیلوک برم (pelvic brim = حوضی گگر) کو ظاہر کرتے ہیں جو کہ
ا۔ پیوبک (عانی) خطوط کے بالائی حاشیوں سے،
ب۔ الیو پکٹینل (حرقفی شظی) خطوں سے،
ج۔ سیکرم (عجز) کی اگلی سطح سے بنی ہوتی ہے۔

کی پرومانٹری (promontary= طنف) بناتا ہے، یہ پرومانٹری (طنف) پیلوس (حوض) کے حقیقی اور وتری کانجوگیٹ (conjugate= مزدوج) قطروں کی پیمائش میں بہت بڑی اہمیت رکھتی ہے۔ سیکرم (عجز) کی اگلی سطح پر بہت سے سوراخ ہوتے ہیں، ان سے اعصاب نکلتے ہیں جو مل کر سیکرو شیاٹک پلیکسس (sacro-sciatic plexus= عجزی نسائی ضفیرہ) بناتے ہیں۔ یہ بڑے بڑے عصبی تنے، پائریفارمس (pyriformis= ناشپاتی نما) عضلہ کی انگشتیاں اور پیلوک فیشیا (pelvic fascia= حوضی ردا) کا پچھلا حصہ

سب بلکہ پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) کی گنجائش کو ذرا کم کر دیتے ہیں۔

کاکسکس (عصعص)۔ یہ ٹرو پیلوس (حقیقی حوض) کے پچھلے حصہ کا اسفل ترین حصہ بناتا ہے۔

پیلوس (حوض) کے مفاصل

سیکرو الییک جائنٹس (sacro-iliac joints = عجزی حرقفی مفاصل)۔

یہ سیکرم (عجز) اور الیم (حرقفہ) کی مفصلی سطحوں کے درمیان واقع ہوتے ہیں، ایک ادھر اور ایک ادھر۔

دوران حمل میں یہ مفاصل نرم ہو جاتے ہیں اور خاصے حرکت پذیر ہو جاتے ہیں۔ ان حرکات سے سیکرم (عجز) مفصل کے مرکز سے گزرنے والے ایک عرضی محور پر آگے اور پیچھے کی جانب گھوم سکتا ہے، جس کے نتیجہ کے طور پر ٹرو پیلوس (حقیقی حوض) کے ان لیٹ (مدخل) یا اوٹ لیٹ (مخرج) کی جسامت گھٹ سکتی ہے، یا بڑھ سکتی ہے۔ اگر سیکرم (عجز) ثبت ہو تو اِنّامی نیٹ (لا اسم لہم) ہڈیاں سیکرم کی طرف یا سیکرم سے دور گھوم سکتی ہیں، اور اس سے بھی ان لیٹ (مدخل) یا اوٹ لیٹ (مخرج) میں علی الترتیب ویسی ہی تبدیلی جسامت واقع ہوتی ہے۔

عورت وضع حمل کے پہلے مرحلہ میں عموماً چلتی پھرتی رہتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پیوبیز (عظم العانہ) کے پرومانٹری (promontary = طنف) سے دور گھوم جانے کی وجہ سے حوض کے اِن لیٹ (مدخل) کی جسامت کسی قدر بڑھ جاتی ہے۔ دوسرے مرحلہ میں وہ قدرتاً لیٹ جاتی ہے اور اپنی رانوں کو خم کر لیتی ہے، یہ فعل سیکرم (عجز) کے گھماؤ کو مخالف جانب کرتا ہے اور پیلوک اوٹ لیٹ (pelvic outlet = حوضی مخرج) کی وسعت کو بڑھا دیتا ہے۔ سیکرم (عجز) کا یہ انحراف اس کے بالائی سرے کی نسبت، اس کے زیرین سرے پر زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اگر دوران وضع حمل میں ایک عورت کو والچر (Walcher) کی وضع (دیکھو صفحہ 637) میں لٹایا جائے، تو سیکرم (عجز) کے بالائی حصہ کی عقبی تدویر انتہائی درجہ تک واقع ہوتی ہے کیونکہ انامینٹ (لا اسم لہم) ہڈیوں کا نیچے اور آگے کو زیادہ سے زیادہ گھماؤ واقع ہوتا ہے۔ اس امر کا علم خفیف درجہ کے چپٹے پیلوس (حوض) کے علاج میں سود مند ثابت ہوتا ہے۔

سیکرو الیک جائنٹ (عجزی حرقفی مفصل) میں سے گزرنے والے افقی سہمی محوروں کے گرد، دونوں انامی نیٹ (innominate = لااسم لہم) ہڈیوں کی حرکات بھی ہو سکتی ہیں۔ ان حرکات سے ٹیوبرا سکائی (tuberischii = حدیبات ورکی) جدا ہو جاتی ہیں، اور اوٹ لیٹ (مخرج) کی عرضی نوعیت بدل جاتی ہے۔

پیوبک جائنٹ (pubic joint = عانی مفصل) سمفزز پیوبس (symphysis pubis = ارتفاق عانہ) ایک مفصل ہے جو کہ پیوبک (عانی) ہڈیوں کے اجسام کے بالائی اور اگلے حصوں کے درمیان ہوتا ہے۔ اس مفصل کی لینت کی وجہ سے پیوبک آرچ (pubic arch = محراب عانی) اور اوٹ لیٹ (مخرج) کا عرضی قطر چوڑا ہو جاتا ہے، اور جنینی سر کے گزرنے میں سہولت ہوتی ہے۔

سیکرو کاکسیجل جائنٹ (sacro-coccygeal joint = **عجزی عصعصی مفصل**)۔
223 یہ مفصل سیکرم (عجز) اور کاکسکس (عصعص) کے درمیان واقع ہے۔ یہ دوران حمل میں نرم ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب جنینی سر حوض سے گزرتا ہے تو کاکسکس (عصعص) عقبی جانب ہٹ جاتا ہے، اور اس طرح اوٹ لیٹ (مخرج) کا پیش پسی قطر بڑھ جاتا ہے۔

جب سیکرو کاکسیجل (عجزی عصعصی) مفصل کی جسائت موجود ہوتی ہے تو کاکسکس (عصعص) کا لحاظ کرنا ضروری ہوتا ہے کیونکہ یہ اس وقت آب سٹرٹیکل اوٹ لیٹ (قبالتی مخرج) کی پچھلی سرحد بناتا ہے۔

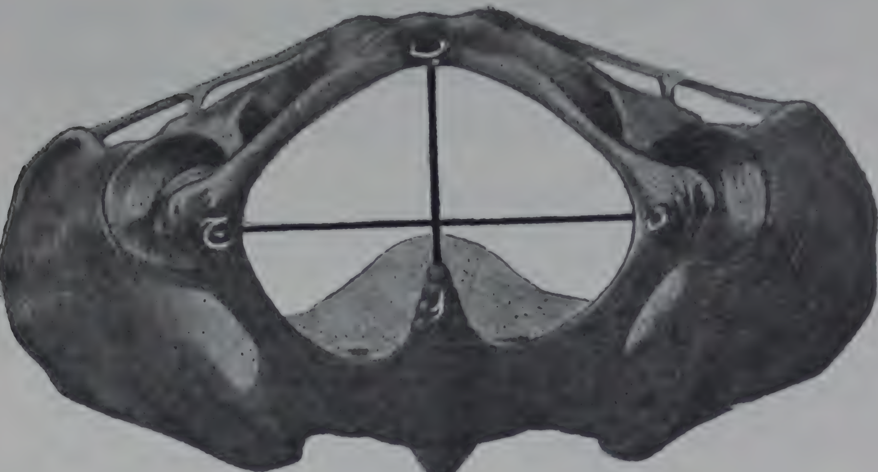
پیلوس (حوض) بحیثیت مجموعی

پیلوس (حوض) کو قبالتی اغراض کے لئے اس قلبی شکل کے گھیرے کے ذریعہ، جسے برم آف دی پیلوس (brim of the pelvis = حوض کی گگر) کہتے ہیں، دو حصوں میں تقسیم کیا جاتا ہے، یعنی فالس پیلوس (false pelvis = حوض کاذب) اور ٹرو پیلوس (true pelvis = حوض صادق)۔

فالس پیلوس (**حوض کاذب**) وہ حصہ ہے جو برم (گگر) کے اوپر ہوتا ہے۔ یہ وضع حمل کی میکانیت میں کوئی حصہ نہیں لیتا، اور اس کی اہمیت صرف اس وجہ سے ہے کہ اس کے بعض حصوں کے درمیان سے پیمائشیں لی جاتی ہیں۔ یہ پیمائشیں ٹرو پیلوس

(صادق حوض) کی جسامت کے متعلق، اور اگر یہ طبعی جسامت سے زیادہ چھوٹا ہو، تو اسکے انقباض کی نوعیت کے متعلق رائے قائم کرنے میں مدد دیتی ہیں۔

ٹرو پیلوس (حوض صادق) جس میں برم (لگر) اور پیلوس (حوض) کا وہ حصہ جو برم (لگر) کے نیچے ہوتا ہے، شامل ہے۔ اس کو برم (لگر)، کیویٹی (کہفہ)، اور اوٹ لیٹ (مخرج) میں تقسیم کیا جاتا ہے۔



تصویر ۴۴۔ پیلوک اوٹ لیٹ (حوضی مخرج)۔
ا اور ب مخرج کا پیش پسی قطر ہے (۵ ½ انچ = ۱۳٫۱ سنٹی میٹر)۔
یہ ناپ خشک کردہ پیلوس (حوض) میں، اس وقت جبکہ کاکسکس (عصعص) ثبت ہو، نصف انچ کم ہوتا ہے۔ ج، د اوٹ لیٹ (مخرج) کا عرضی قطر ہے (۴ ½ انچ = ۱۰٫۶ سنٹی میٹر)۔

برم (لگر)۔ یہ سامنے کی طرف پیوبک (عانی) عظام کے بالائی کناروں سے، اطراف میں الیو پکٹینل لائنز (ilio-pectineal lines = حرقفی مشطی خطوط) سے، اور عقب میں سیکرم (عجز) کے اگلے اور بالائی کنارے سے بنتی ہے۔ (دیکھو تصویر ۴۳)۔

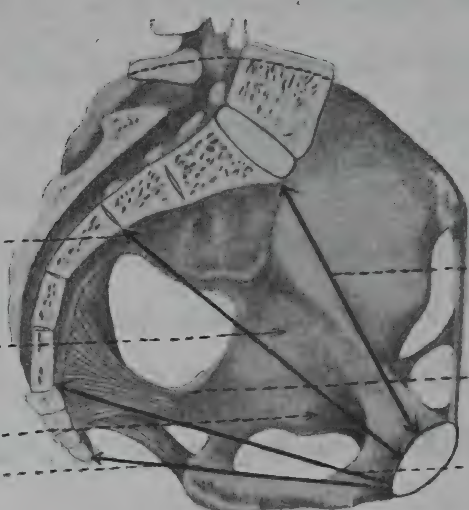
کیویٹی (کہفہ)۔ پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) شکل میں بے قاعدہ ہوتی ہے،

224 یہ سامنے کی طرف عانی عظام سے، عقب میں سیکرم (عجز) اور کاکسکس (عصعص) کی اگلی سطح سے، اور اطراف میں اسکیل (ورکی) عظام کی اندرونی سطحوں سے منتی ہے (تصویر ۴۵)۔

اوٹ لیٹ (مخرج)۔ یہ کم و بیش معین الشکل ہوتا ہے، سامنے اسکیل (ورکی) اور پیوبک (عانی) عظام کے تحتانی فرعات سے، عقب میں کاکسکس (عصعص) کی نوک اور سیکرو شیاٹک لگامنٹز (sacro-sciatic ligaments= عجزی نسائی رباطات) سے اور اطراف میں اسکیل ٹیوبراسٹیز (ورکی حدبوں) سے بنتا ہے (تصویر ۴۴)۔

پیلوس (حوض) کے متویات اور ابواب

ٹرو پیلوس (حوض صادق) کو ایک خیالی متویات کے سلسلہ کے ذریعہ تقسیم کیا جاسکتا ہے ان میں سے چار کا ذکر اکثر کیا جاتا ہے، جن کو یہاں بیان کیا جائے گا۔



تصویر ۴۵ ۔ پیلوس (حوض) کی پیش پسی تراش

اس میں پیلوک (حوضی) متویات یا سٹریٹز (ابواب)، اسکیم (عظم الورک) کے مائل متویات اور پیلوک برم (حوضی کگر) کا میلان جو کہ استادہ حالت میں °۵۵ کا زاویہ ہے، دکھائے گئے ہیں۔

ان کی قابلیتی اہمیت سب کی مساوی نہیں ہے۔ ان میں سے دو یعنی برم (گگر) کا مستوی اور اوٹ لیٹ (مخرج) کا مستوی صحیح طور پر ریاضیاتی مستوی نہیں ہیں۔ لہٰذا انکو بسا اوقات سپیریر (superior = فوقانی) اور انفیریر سٹریٹز (inferior straits = تحتانی ابواب) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

اوپر سے نیچے کو گنائیں تو وہ چار مستوی یہ ہیں:۔ (دیکھو تصویر ۴۵)۔

(۱) برم (گگر) کا مستوی یعنی پیلوک انلیٹ (pelvic inlet = حوضی مدخل) یا سپیریر سٹریٹ (فوقانی باب)۔

(۲) کیویٹی (کہفہ) کا مستوی یعنی سب سے زیادہ پیلوک (حوضی) ابعاد کا مستوی۔

(۳) کمترین پیلوک (حوضی) ابعاد کا مستوی۔

(۴) اوٹ لیٹ (مخرج) کا مستوی یعنی انفیریر سٹریٹ (تحتانی باب)۔

(۱) برم (گگر) کا مستوی قلب نما ہے جس میں ایک نشیب ہے، یہ نشیب پیچھے سیکرل پرامانٹری (عجزی طنف) کا آگے کو جو بروز ہے اُس سے تناظر ہے۔ جانبی طور پر اس 225
مستوی کی سرحد الیو پکٹینل (حرقفی مشطی) خطوط سے بنتی ہے۔ سامنے پیو بیز (عانی ہڈیوں) کے افقی فروع کے بالائی حاشیوں سے اور پیو بیز (عانی ہڈیوں) کے اجسام اور سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) سے بنتی ہے۔

(۲) کیویٹی (کہفہ) کا مستوی یعنی سب سے زیادہ پیلوک (حوضی) ابعاد کا مستوی، اس کی سرحد سامنے پیو بیز (عانی ہڈیوں) کے اجسام کے وسط سے، اور سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) سے بنتی ہے۔ پیچھے سیکرم (عجز) کے دوسرے اور تیسرے ٹکڑوں کے اتصال سے بنتی ہے، اور جانبی طرف یہ مستوی اسکیل (ورکی) ہڈیوں میں سے ایسی ٹبولا (فنجانات) کے وسط کے لیول پر گزرتا ہے۔

(۳) کمترین پیلوک (حوضی) ابعاد کا مستوی سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے زیرین حاشیہ میں سے، سیکرم (عجز) کی نوک یا سیکرو کاکسیجیل جائنٹ (sacro-coccygeal joint = عجزی عصعصی مفصل) میں سے اور جانبی طور پر اسکیل ٹیوبراسٹیز (حدبیات ورکی) میں سے گزرتا ہے۔

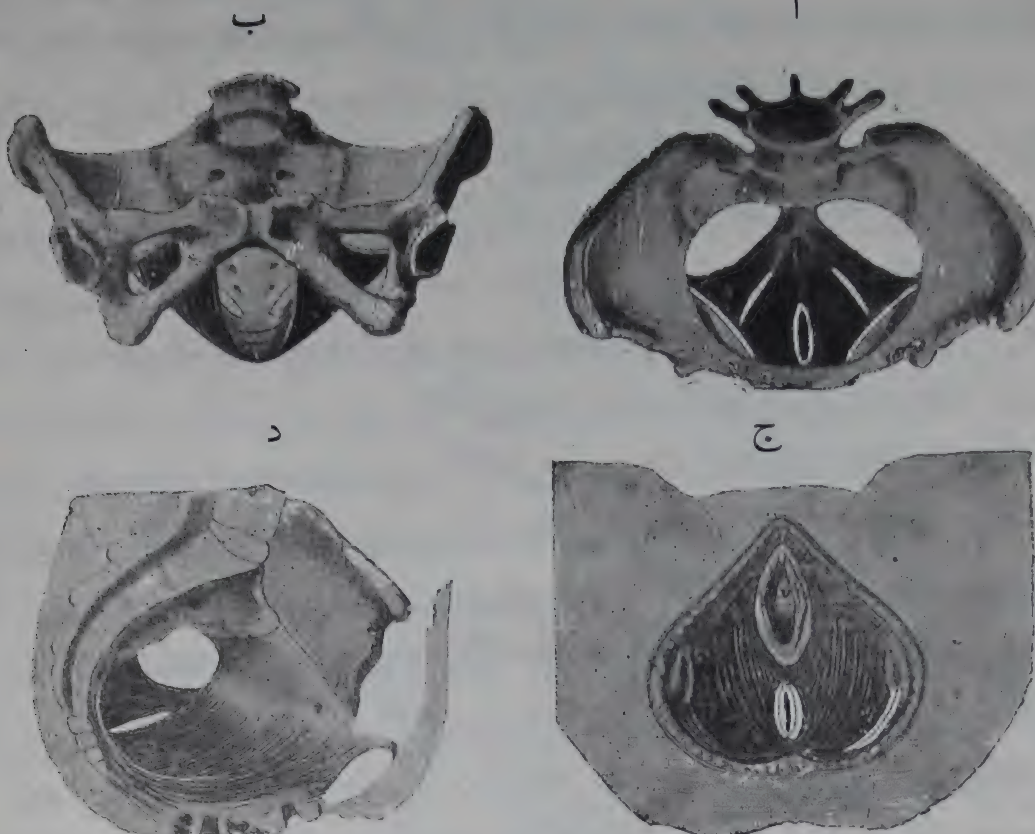
(۴) اوٹ لیٹ (مخرج) کا مستوی یعنی انفیریر سٹریٹ (تحتانی باب)

دو مثلث نما مستویات پر مشتمل ہے، جنکی سر حد پیچھے کی طرف کاکسکس (عصعص) کی نوک سے بنتی ہے، جانبی طرف گریٹر سیکرو سیاٹک لگا منٹز (greater sciatic ligaments= اعظم عجزی نسائی رباطات) اور اسکیل ٹیو بر اسٹیز (حدبیات ورکی) سے بنتی ہے، اور سامنے کی طرف پیوبک آرچ (محراب عانی) کے زیرین حاشیہ سے بنتی ہے۔

مذکورہ بالا مستوی، کاکسکس (عصعص) کی حرکات کی وجہ سے اس قدر تغیر پذیر ہے کہ صرف اسکیل ٹیوبر اسٹیز (حدبیات ورکی) کے درمیان عرضی قطر کی پیمائشیں زیادہ اہمیت رکھتی ہیں، اور ٹیوبر اسٹیز (حدبیات) دشوار وضع حمل میں ایک دوسرے سے جدا ہو جاتی ہیں۔

برم (کگر) کا مستوی، قبالتی طور پر سب سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے۔ لیکن اس سے دوسرے درجہ پر ہی کمتر بن ابعاد کے مستوی کی اہمیت ہے کیونکہ عمومی طور پر کانٹریکٹڈ پیلویز (contracted pelves= منقبض حوضوں) اور کانٹریکٹڈ اوٹ لیٹ (منقبض مخرج) والی پیلویز (حوضوں) میں جب انسداد پیش آتا ہے تو بالعموم اسی لیول پر پیش آتا ہے۔ اسکیل سپائنز (ورکی شوکات) کے درمیان پیمائش لینا دشوار اور درد آفریں ہوتا ہے، البتہ سیکرو کاکسیجیل جائنٹ (عجزی عصعصی مفصل) سے لیکر پیوبس (عانی ہڈیوں) کے زیریں حاشیہ تک کی پیمائش، اور اسکیل ٹیو بر اسٹیز (ورکی حدبیات) کے اندرونی حاشیہ کے درمیان کی پیمائش، یہ دونوں ملکر بہت عملی اہمیت رکھتی ہیں، اور ان سے اس امر کا بخوبی اندازہ ہو سکتا ہے کہ کسقدر جگہ نکل سکتی ہے۔ سیکرم (عجز) کی نوک اور پیوبک سمفزز (ارتفاقِ عانہ) کے درمیان صحیح فاصلہ کا اندازہ اس طرح لگایا جا سکتا ہے کہ سیکرو کاکسیجیل جائنٹ (عجزی عصعصی مفصل) کے بیرون اور سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے زیرین حاشیہ کے درمیان خط کو بذریعہ طول پیما کے ناپ کر اس میں سے ایک سنٹی میٹر ($\frac{2}{5}$) انچ منہا کر لیا جاتا ہے۔

ہاج (Hodge) کی سطحات مائل۔ مقدمی اور عقبی مائل عظمی مستویات کا محلِ وقوع پیشتر بیان کیا جا چکا ہے، یہ مستویات اسکیل (ischial= ورکی) ہڈیوں پر، ایک حید کے علی الترتیب آگے اور پیچھے واقع ہیں جو الیوپکٹینل امی ننس (حرقفی مشطی فراز) اور اسکیئم (عظم الورک) کے شوکہ کے درمیان واقع ہے (تصویر ۴۵)۔ ان کو زیادہ اہم خیال نہیں کیا جاتا۔ اسکیل سپائنز (ورکی شوکہ جات) کا درمیانی قطر یعنی ٹرو پیلوس (حوض صادق) کا



تصویر ۴۶

ا پیلوک فلور (حوضی فرش) کے عضلات جیسا کہ اوپر سے دکھائی دیتے ہیں۔

ب لیویٹر اینائی (رافع المبرز) عضلات کی نالی نما شکل دکھاتی ہے۔

ج پیلوک فلور (حوضی فرش) کو نیچے سے دکھاتا ہے، پیلوک فلور (حوضی فرش) سامنے ویجائنا (مہبل) کے ذریعہ اور پیچھے رکیٹم (مستقیم) کے ذریعہ مثقوب دکھایا گیا ہے۔

د پیلوک فلور (حوضی فرش) کی سہمی تراش ظاہر کرتا ہے جیسا کہ وہ ایک جانب سے نظر آتا ہے اور ویجائنا (مہبل) اور رکیٹم (مستقیم) کے زیریں سروں کے درمیان پرینیل باڈی (perineal body = عجانی جسم) دکھاتا ہے۔

سب سے چھوٹا قطر، جس کی مقامیت کمترین پیلوک (حوضی) ابعاد کے مستوی کے ساتھ قریب قریب متناظر ہے، ان سے کہیں زیادہ اہم ہے۔

226 پیلوک فلور (حوضی فرش)۔ پیلوک فلور (حوضی فرش) دو لیویٹر ایننائی (levator ani = رافع المبرز) عضلات پر مشتمل ہے۔ وضع حمل کے دوسرے مرحلہ میں یہ ایک عضلی ردائی نالی بناتے ہیں، جبکہ ویجائنا (مہبل) کا فتحۂ نالی کے اطراف کے درمیان سامنے کی طرف رُخ رکھتا ہے۔ بلاشبہ پیلوک فلور (حوضی فرش) ایک اہم کام انجام دیتا ہے، اور پریزنٹنگ (متطریقی) حصہ کے نمایاں ترین حصہ کو سامنے کی جانب دھکیل کر پیوبیز (عانی ہڈیوں) کے نیچے کر دیتا ہے۔ اس کے بعد، ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) میں، نالی سر کو گرفت کر لیتی اور حالت خمیدگی میں رکھتی ہے، یہاں تک کہ سر نالی کے مقدم فتحہ کے بازوؤں کے درمیان سے نکل جاتا ہے، اور پرینیم (عجان) اور اوپری حصص کو متمدد کرتا ہے۔ پھر کراؤننگ (crowning = ظہور قمہ) ہونے کے بعد، یہ بسط شدگی کے ذریعہ تولد ہو جاتا ہے۔

227
پیلوس (حوض) کا محور

پیلوس (حوض) کا محور ایک خیالی خط ہے جو کہ جنینی سر کے پیلوس (حوض) میں سے گزرتے وقت سر کا مرکز ظاہر کرتا ہے۔ یہ خط اس طرح کھینچا جاتا ہے کہ برم (لگر) کے مستوی اور اوٹ لیٹ (مخرج) کے مستوی کے درمیان ٹرو پیلوس (حوض صادق) کے بہت سے پیش پسی قطر لئے جاتے ہیں، اب ایک خط جو کہ ان قطرات کے مرکزوں کو ملا دیتا ہے، پیلوس (حوض) کا محور ظاہر کرتا ہے۔

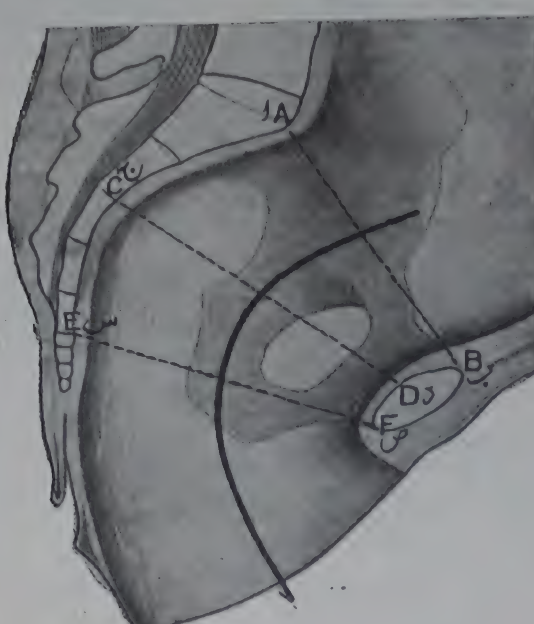
پیلوس (حوض) کا میلان

پیلوس (حوض) کے میلان سے مراد، پیلوک برم (حوضی لگر) کے مستوی کا افق سے تعلق ہے۔ ایستادہ حالت میں پیلوک برم (حوضی لگر) کا میلان قریب قریب

انقصابی ہوتا ہے اور افق کے ساتھ ۵۵ درجہ کا زاویہ بناتا ہے۔

پیلوس (حوض) کی جسامت

پیلوس (حوض) کی جسامت کے تغیرات سے ممکن ہے وضع حمل کی میکانیت خطرناک حد تک متاثر ہو جائے۔



تصویر ۴ پیلوس (حوض) کا محور

ا اور ب برم (لگر) کا مستوی ہے۔ ج اور د کیویٹی (کہفہ) کا وسطی مستوی ہے۔ س، ص اوٹ لیٹ (مخرج) کا مستوی ہے۔ سیاہ خط جنینی سر کے مرکز کی مقامیت ظاہر کرتا ہے اس وقت جبکہ سر پیلوس (حوض) میں سے گذر رہا ہوتا ہے۔ یہ خیالی خط پیلوس (حوض) کا محور ظاہر کرتا ہے۔

کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) اور وضع حمل پر اس کے اثر کے متعلق پیلوک

(حوضی) پیمائشوں کی جو اہمیت ہے اسکو زمانہ ماضی میں حد سے زیادہ مبالغہ کے ساتھ بیان کیا جاتا تھا۔ لیکن کچھ عرصہ سے رجحان خیال بالکل اس کے برعکس پایا جاتا ہے۔

تاہم یہ امر کہ اندرونی پیلوک (حوضی) پیمائشوں کی کیا اہمیت ہے اور یہ کہ بیرونی پیمائشیں اور ممکنہ اندرونی پیمائشیں لے کر اندرونی پیلوک (حوضی) پیمائشوں کا اندازہ لگانے کی کوشش کرنے کا کیا فائدہ ہے، طالب علم کو ذہن نشین کرانے کی ضرورت ہے۔

مداولت کن دایہ کے لیے یہ چیزیں اور بھی زیادہ اہم ہیں، کیونکہ ان کے ذریعہ وہ ان مریضاؤں کو جن کو کانٹریکشن آف دی پیلوس (انقباض حوض) ہو، شناخت کر سکتی اور مزید طبی امتحان کے لئے منتخب کر سکتی ہے۔ قواعد دایہ کو مجبور کرتے ہیں کہ وہ ایسی مریضاؤں کو مزید طبی امتحان اور علاج کے لئے پیش کرے۔

یہ کہنا چاہیئے کہ کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کی اصابتوں میں وضع حمل کے انصرام یا امالہ کے متعلق جو مسائل ہیں، وہ اتنا پیلوس (حوض) کی اپنی جسامت سے نہیں، بلکہ بچہ کے سر اور پیلوس (حوض) کی اضافی جسامتوں سے تعلق رکھتے ہیں۔

پیلوس (حوض) کو بیرونی اور اندرونی طور پر ناپا جا سکتا ہے۔

بیرونی پیمائشات۔ صفحہ 390 پر بیرونی پیمائشات کی اہمیت کا ذکر کیا گیا ہے، اس سلسلہ میں حسب ذیل پیمائشات اہمیت رکھتی ہیں، اور ان کو ایک کیلیپر (طول پیما) کے ذریعہ ناپنا چاہیئے۔

انٹیریر انٹرسپائنس (anterior interspinous = **مقدم بین شوکی**) قطر۔ الیا (حرقفوں) کے انٹیریر سوپیریر سپائنز (مقدم فوقانی شوکوں) کے درمیان کا فاصلہ ۱۰ انچ (۲۵ سنٹی میٹر) ہے (تصویر ۱۶۲ الف اور ب)۔

انٹرکرسٹل (intercristal = **بین عرفی**) قطر۔ حرقفی عرفوں کے بعید ترین نقطوں کے درمیان کا فاصلہ ۱۱ انچ (۵، ۲۷ سنٹی میٹر) ہے۔ (تصویر ۱۶۱ الف اور ب)۔

اکسٹرنل کانجوگیٹ (external conjugate = **بیرونی مزدوج**) قطر۔ یہ قطر آخری لمبر (قطنی) فقرہ کے شوکہ کی نوک اور سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے بالائی کنارے کے درمیان ناپا جاتا ہے۔ اس کا ناپ $\frac{1}{2}$ ۷ انچ (۱۹ سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۱۶۳ الف اور ب)۔

انٹرٹروکینٹرک (intertrochanteric = بین طروخائی) قطر۔ گریٹ ٹروکینٹرز (great trochanters = طروخہائے اعظم) کی خارجی سطحوں کے درمیان کا فاصلہ $12\frac{1}{2}$ ۱۲ انچ (۳۱ سنٹی میٹر) ہے۔

پوسٹیریر انٹرسپائنس (posterior interspinous = عقبی بین شوکی) قطر۔ پوسٹیریر سوپیریر سپائنز (posterior superior spines = عقبی فوقانی شوکوں) کے درمیان کا فاصلہ اوسطاً ۴ انچ (۱۰ سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۱۶۵ ب)۔

طبعی طور پر مقدم انٹرسپائنس (مقدم بین شوکی) قطر اور انٹرکرسٹل (بین عرفی) قطر کے طولوں میں ۱ انچ (۲٫۵ سنٹی میٹر) کا فرق ہوتا ہے۔ اس سے کم کا فرق بہت سے فلیٹنڈ پیلویز (flattened pelves = چپٹے حوضوں) میں پایا جاتا ہے لیکن سب میں نہیں۔ اگر یہ فرق طبعی ہو لیکن ان قطروں کی اپنی پیمائشات طبعی پیمائشات سے کم ہوں تو پیلوس (حوض) عموماً طور پر کانٹریکٹڈ (منقبض) ہوتا ہے۔ اور اگر دونوں کا فرق بھی، اور اُنکی اپنی اپنی پیمائش بھی طبعی سے کم ہو تو غالباً پیلوس (حوض) کانٹریکٹڈ (منقبض) اور فلیٹ (چپٹا) دونوں ہوتا ہے۔

اکسٹرنل کانجوگیٹ (بیرونی مزدوج) قطر کا طبعی سے کسی قدر زیادہ ہونا کچھ اہمیت نہیں رکھتا، کیونکہ آخری لمبر (قطنی) فقرہ کے شوکہ کو نرم حصے ڈھانکتے ہیں اور اُنکے سبب سے کبھی کبھی اس کی پیمائش میں دشواری پیش آتی ہے۔ 229

اگر آخری لمبر (قطنی) فقرہ کا شوکہ قابل اطمینان طور پر جس نہ کیا جا سکے، تو اس کے مقام کا اس طرح اندازہ لگایا جا سکتا ہے کہ پوسٹیریر سوپیریر سپائنز (عقبی فوقانی شوکوں) پر، جو کہ ہمیشہ جس کئے جا سکتے ہیں، نشان کر کے ان نشانوں کو ایک افقی خط میں ملا دیا جاتا ہے، اور پھر اس خط کے مرکز سے ڈیڑھ انچ (۳٫۷۵ سنٹی میٹر) اوپر ایک نقطہ لے لیا جاتا ہے۔ سب میں تو نہیں لیکن بعض عورتوں میں پوسٹیریر سوپیریر سپائنز (عقبی فوقانی شوکوں) پر ایک گڑھا دیکھا جا سکتا ہے (بت تراش اسکو سب میں ظاہر کرتے ہیں)۔ ایلیک کرسٹ (حرقفی عرف) کا بلند ترین نقطہ چوتھے لمبر (قطنی) شوکہ کے لیول پر ہے۔

اندرونی پیمائشات۔ حقیقی پیلوس (حوض) کی اندرونی پیمائشات تین مستویات پر لینے کا دستور ہے، انلیٹ (مدخل) یا برم (لگر) کا، کیویٹی (کہفہ) کے وسط کا، اور آؤٹ لیٹ

(مخرج) کا۔ اور ہر مستوی پر چار سمتوں میں ناپنے کا دستور ہے، پیش پسی، عرضی، داہنی ترچھی اور بائیں ترچھی۔ داہنا ترچھا قطر وہ ہے جو پیلوس (حوض) کے عقب میں داہنی جانب سے شروع ہوتا ہے اور سامنے بائیں جانب پر ختم ہوتا ہے اور اسیطرح اسکے بالعکس۔ ذیل میں اوسط پیمائشات مندرج ہیں:-

	پیش پسی	ترچھی	عرضی
ان لیٹ (مدخل)	۴ ۱/۲ انچ (۱۰٫۶ سنٹی میٹر)	۴ ۳/۴ انچ (۱۱٫۸ سنٹی میٹر)	۵ ۱/۴ انچ (۱۳٫۱ سنٹی میٹر)
کیویٹی (کہفہ)	۴ ۳/۴ انچ (۱۱٫۸ سنٹی میٹر)	۵ ۱/۴ انچ (۱۳٫۱ سنٹی میٹر)	۴ ۳/۴ انچ (۱۱٫۸ سنٹی میٹر)
اوٹ لیٹ (مخرج)	۵ ۱/۴ انچ (۱۳٫۱ سنٹی میٹر)	۴ ۱/۲ انچ (۱۱٫۲ سنٹی میٹر)	۴ ۱/۴ انچ (۱۰٫۶ سنٹی میٹر)

کیویٹی (کہفہ) اور اوٹ لیٹ (مخرج) کے مستویات کے وہ ترچھے قطر جو نرم ساختوں کے درمیان ناپے جاتے ہیں، کوئی عملی اہمیت نہیں رکھتے، لہٰذا اب ان کا مزید بیان نہیں ہوگا۔ بقیہ پیمائشات عظمی نقطوں کے درمیان لی جاتی ہیں، لیکن چونکہ زندگی کی حالت میں ہڈیاں نرم بافتوں سے ڈھکی ہوتی ہیں، لہٰذا مندرجہ بالا فاصلے مکمل طور پر صحیح نہیں ہیں، بلکہ ان قطرات سے جو کہ واقعی کام آتے ہیں غالباً ایک چوتھائی انچ بڑے ہوتے ہیں۔

سیکرو کاٹی لائڈ (sacro-cotyloid = **عجزی کاس نما**) **قطر**۔ یہ نام ان دائیں اور بائیں دو قطروں کو دیئے گئے ہیں جو کہ ہر طرف، سیکرل پرامانٹری (عجزی طنف) کے وسطی نقطہ سے لے کر الیوپکٹینل امی ننس (حرقفی مشطی فراز) تک جاتے ہیں (دیکھو تصویر ۳۴ صفحہ 221)۔

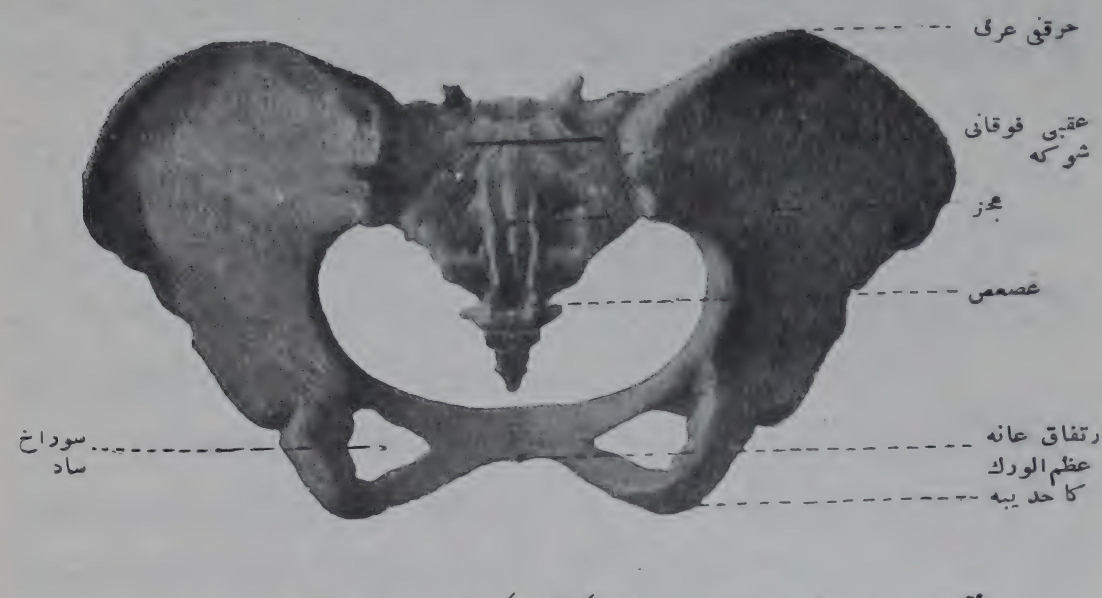
یہ قطرات ظاہر کرتے ہیں کہ جب جنینی سر آکسیپٹو پوسٹیریر (occipito-posterior = قذالی عقبی) وضع میں ہوتا ہے، تو اس کے بائی پیرائٹل (جداری نی) قطر کو جگہ دینے کے لئے فطری طور پر کس قدر فضا حاصل ہو سکتی ہے۔ آکسیپٹو انٹیریر (قذالی مقدمی) وضع میں بائی پیرائٹل (جداری نی) قطر، برم (لنگر) کے کشادہ تر ترچھے قطر میں واقع ہوتا ہے۔ چنانچہ آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضع میں بائی پیرائٹل (جداری نی) قطر کسی قدر بھینچ جاتا ہے۔ اگر پیلوس (حوض) فلیٹنڈ (چپٹا) ہو تو یہ صورت حالات اور بھی شدید ہو جاتی ہے۔ اب اگر سر کی عقبی وضع بھی ہو اور اس کا بائی پیرائٹل (جداری نی) قطر، پیلوس (حوض) کے زیادہ چھوٹے سیکرو کاٹی لائڈ (عجزی کاس نما) قطر میں پڑا ہوا ہو تو سر بسط شدہ ہو جاتا ہے اور برم

(کگر) پر مرتبط نہیں ہوسکتا، اور جبھی یا وہی پر پزنٹیشن (تعلم نق) واقع ہوجاتی ہے۔

ان لیٹ (مدخل) کے مشتوی پر پیمائشات۔

پیش پسی قطر جو بعض اوقات ٹرو کانجوگیٹ (true conjugate= صادق مزدوج) کہلاتا ہے۔ یہ قطر سیکرم (عجز) کی پرامانٹری (طنف) سے لیکر سمفز ز پیوبس (ارتفاقِ عانہ) کی عقبی سطح پر کے قریب ترین نقطہ تک ناپا جاتا ہے۔ یہ ان لیٹ (مدخل) کا سب سے چھوٹا قطر ہے (تصویر ۴۹ ا تا ب)۔

برم (کگر) کا پیش پسی قطر، ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) میں ہر وقت، اور پرمی گریویڈا (اولیں ولادت والی عورتوں) یا اکثر پرمی گریویڈا (اولیں ولادت والی عورتوں) کے حمل کے آخری چار پانچ ہفتوں میں خاصی صحت کے ساتھ دریافت کیا جاسکتا ہے۔ طریقہ یہ ہے کہ دائیں ہاتھ کو مبطوح کر کے اس کی پہلی دو انگلیوں کو اوپر کی طرف سیکرم (عجز) کی جانب گزارا جاتا ہے، اور انگشت شہادت اور انگوٹھے کے درمیان کی فضا کو سامنے



تصویر ۴۸ - مونث پیلوس (حوض) جبکہ اس کو نیچے سے دیکھا جائے۔ سیاہ خط پوسٹیریر انٹر سپائنس (posterior interspinous= عقبی بین شوکی) قطر ظاہر کرتا ہے، جو کہ ۴ انچ (۱۰ سنٹی میٹر) ہے۔

پیوبک آرچ (عانی محراب) پر مضبوطی کے ساتھ رکھ دیا جاتا ہے۔ پھر بائیں ہاتھ کی پہلی انگلی کے

ذریعہ دائیں انگشت شہادت پر ایک ایسا مقام نشانزد کیا جاتا ہے کہ جب دوسری دائیں انگلی کی نوک سیکرل پرامانٹری (عجزی طنف) پر ہو تو یہ مقام پیوبک آرچ (عانی محراب) سے چھوتا ہو۔ سیکرل پرامانٹری (عجزی طنف) ہمیشہ اس سے زیادہ آگے واقع ہوتی ہے کہ جتنی توقع کی جاتی ہے۔ اس طرح جو پیمایش دریافت ہوتی ہے وہ ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) ہے۔ اگر اس سے ¾ انچ وضع کر لیا جائے، تو ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزدوج) کا وہ طول دریافت ہوتا ہے جو کہ کارآمد ہے۔

یہ پیمایش تمام پیلوک (حوضی) پیمائشوں میں سب سے زیادہ اہم ہے۔

ترچھا قطر۔ داہنا ترچھا قطر، داہنے سیکرو الیک (sacro-iliac = عجزی حرقفی) مفصل سے لے کر بائیں الیو پکٹینل امی ننس (حرقفی مشطی فراز) تک، اور بایاں ترچھا قطر، بائیں سیکرو الیک (عجزی حرقفی) مفصل سے لے کر داہنے الیو پکٹینل امی ننس (حرقفی مشطی) فراز تک ناپا جاتا ہے۔ (تصویر ۹۴ ج سے لے کر د تک)۔

231 عرضی قطر۔ یہ قطر الیو پکٹینل (حرقفی مشطی) خطوط کے درمیان کا سب سے بڑا فاصلہ ہے۔ (تصویر ۹۴ س سے ص تک)۔

کیویٹی (کہفہ) کے وسطی مستوی پر پیمائشات۔

پیش پسی قطر۔ یہ قطر سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کی عقبی سطح کے مرکز سے لیکر دوسرے اور تیسرے سیکرل (عجزی) فقرات کے اتصال کے وسط تک ناپا جاتا ہے۔

عرضی قطر۔ یہ قطر ان حیوں کے درمیان لیا جاتا ہے جو اسکیل (ورکی) عظام کی اندرونی سطح پر کے مائل مستویات کو ایک دوسرے سے جدا کرتے ہیں۔

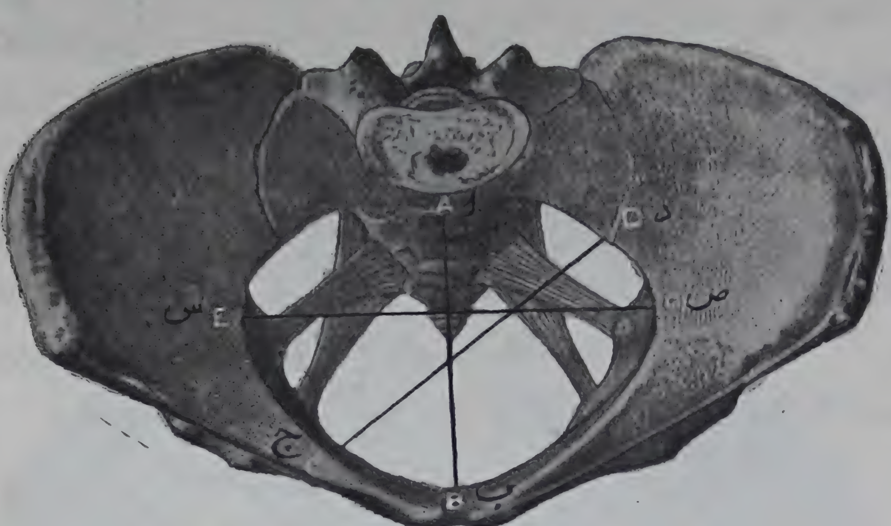
اوٹ لیٹ (مخرج) کے مستوی پر پیمائشات۔

پیش پسی۔ یہ قطر سمفزز پیوبس (ارتفاقِ عانہ) کے زیرین کنارے کے مرکز سے لیکر کاکسکس (عصعص) کی نوک تک لیا جاتا ہے۔

اس سے زیادہ مفید اور زیادہ عملی پیمائش وہ ہے جو کہ کمترین ابعاد کے مستوی کے اگلے اور پچھلے نقطوں کے درمیان ہے، یعنی پیوبک آرچ (عانی محراب) کے زیرین

حاشیہ سے لیکر سیکرم (عجز) کی نوک یا سیکرو کاکسیجیل جائنٹ (عجزی عصعصی مفصل) تک ہے ۔

بہترین طریقہ یہ ہے کہ اس کو کیلیپر (طول پیما) کے ذریعہ سیکرو کاکسیجیل جائنٹ (عجزی عصعصی مفصل) کی بیرونی سطح تک ناپا جائے ۔ اگر اس بیرونی پیمائش سے ایک سنٹی میٹر (۲/۵ انچ) وضع کر لیا جائے ، تو خاصی صحت کے ساتھ اندازہ ہوسکتا ہے کہ اندرونی طور پر کسقدر فضا کار آمد ہے ۔



تصویر ۴۹ ۔مونث پیلوس (حوض) کا منظر برم (گگر) کے محور میں ۔
ا اور ب ۔ برم (گگر) کا پیش پسی قطر ۴ ۱/۲ انچ (۶ء۱۰ سنٹی میٹر)
ج اور د ۔ برم (گگر) کا بایاں ترچھا قطر ۴ ۳/۴ انچ (۸ء۱۱ سنٹی میٹر)
س اور ص ۔ برم (گگر) کا عرضی قطر ۵ ۱/۴ انچ (۱ء۱۳ سنٹی میٹر)

پیش پسی کو اور عرضی پیمائش کو ملانے کا یہ فائدہ ہے کہ اوٹ لیٹ کانٹریکشن (outlet contraction = انقباض مخرج) میں اندازہ لگایا جاسکتا ہے کہ کس قدر فضا کار آمد ہے ۔ 232

عرضی قطر ۔ یہ پیمائش اسکیم (عظم الورک) کی ٹیوبر اسٹیز (حدبوں) کی اندرونی سطحوں کے درمیان لیجاتی ہے (تصویر ۴۳ ج تا د) ، پچھلی ، سہمی فضا ، عرضی قطر کے پیچھے واقع ہوتی ہے ، اس کی

جسامت سے یہ اندازہ لگایا جاسکتا ہے کہ ایک فنل شیپڈ پیلویس(funnel-shaped pelvis= قیف نما حوض) میں سر کے گزرنے کے لئے اوٹ لیٹ (مخرج) پر کس قدر جگہ کار آمد ہے۔ (تصویر ۴۴ ج تا د)۔

دوران حیات ہیں اکثر اندرونی پیمائشات کا صحیح طور سے ناپنا ناممکن ہے۔ وضع حمل کے فوراً بعد ان لیٹ (مدخل) کے مستوی پر ٹرو کانجوگیٹ (مزدوج صادق) اور عرضی قطر سرسری طور پر دریافت کیا جاسکتا ہے (دیکھو صفحہ 396)۔ اوٹ لیٹ (مخرج) کے مستوی پر پیش پسی اور عرضی قطر ایک خاص آلہ کے ذریعہ لئے جاسکتے ہیں (دیکھو صفحہ 395)۔ اوٹ لیٹ (مخرج) کے عرضی قطر کو ناپنے کا ایک آسان طریقہ یہ ہے کہ بند کی ہوئی مٹھی کو اسکیم (عظم الورک) کی ٹیوبر اسٹینز (حدیبات) کے درمیان گھسایا جاتا ہے۔ اگر مٹھی طبعی جسامت کی ہے اور اس کو ٹیوبر اسٹیز (حدیبات) کے درمیان گھسایا جاسکتا ہے، تو اوٹ لیٹ (مخرج) کے عرضی قطر کے متعلق یہ فرض کیا جاسکتا ہے کہ یہ کم از کم طبعی جسامت کا ہے۔

تاہم سب سے اہم پیمائش یعنی ان لیٹ (مدخل) کے مستوی پر ٹرو کانجوگیٹ (صادق مزدوج) کے طول کا اندازہ اصبعی امتحان کے ذریعہ سے سرسری طور پر کسی وقت بھی کیا جاسکتا ہے، جس کا طریقہ یہ ہے کہ ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) سے کہ جس کا ناپ ۴ ۳/۴ انچ (۸ء ۱۱ سنٹی میٹر) ہونا چاہیے، ۳/۴ انچ (۲ء ۱ سنٹی میٹر) منہا کردیا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 394)۔

بمقابلہ مذکر حوض کے مونث حوض میں۔

ہڈیاں زیادہ نازک اور چکنی ہوتی ہیں۔
ٹرو پیلوس (حوض صادق) زیادہ اتھلا ہوتا ہے۔
فالس پیلوس (حوض کاذب) زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔
پیوبک آرچ (عانی محراب) زیادہ وسیع ہوتی ہے۔
سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) اتنا گہرا نہیں ہوتا۔
ان لیٹ (مدخل) اور اوٹ لیٹ (مخرج) کے قطر زیادہ بڑے ہوتے ہیں۔
مفاصل زیادہ متحرک ہوتے ہیں۔

برم (لگر) اور ان لیٹ (مدخل) کے الفاظ عموماً مترادفات کے طور پر استعمال ہوتے ہیں۔ مگر ان میں خفیف سا فرق یہ ہوتا ہے کہ برم (لگر) کی مقدم سرحد سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کا بالائی کنارہ بناتی ہے، لیکن ان لیٹ (مدخل) کی مقدم سرحد

کسی قدر زیادہ زیریں لیول پر واقع ہوتی ہے، یعنی یہ سمفرز (ارتفاق) کی پشت پر وہ نقطہ ہے جو سیکرم (عجز) کی پرامانٹری (طنف) کے قریب ترین ہوتا ہے۔

233

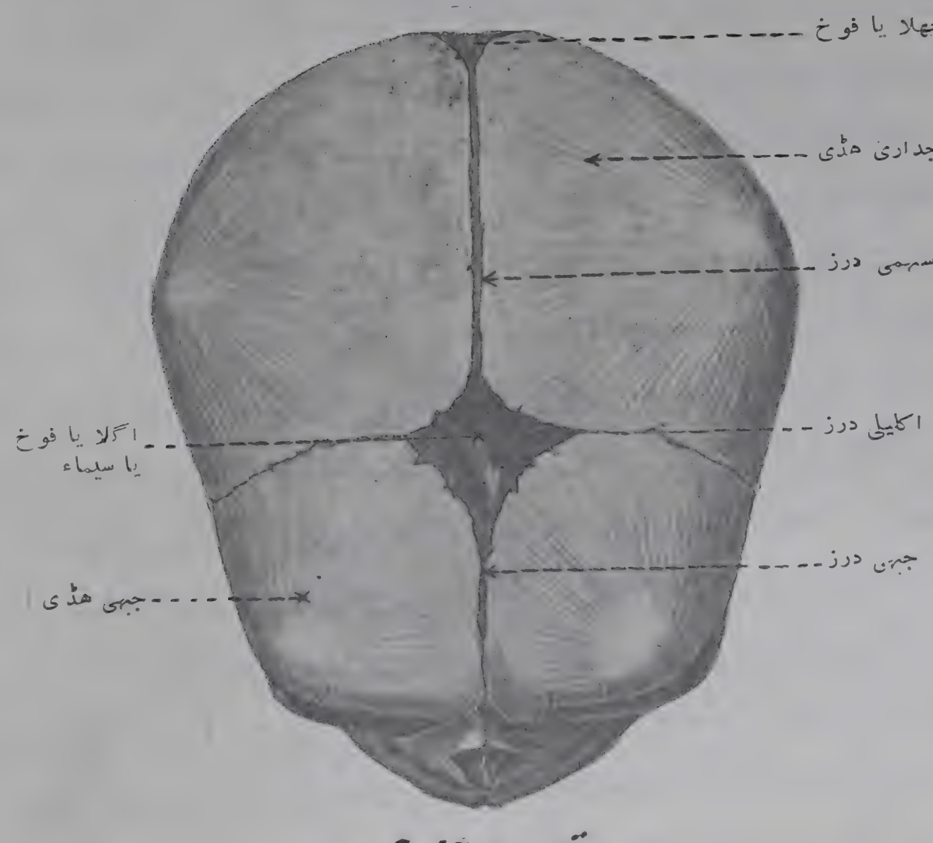
باب بست وچہارم

جنینی جمجمہ کی تشریح

قبالتی نقطۂ نظر سے دیکھا جائے، تو جنینی جمجمہ کو کاسۂ سر، چہرہ، اور قاعدہ میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ درونِ رحمہ زندگی کے دوران میں نکلس، قاعدہ اور چہرہ کی ہڈیوں میں زیادہ تکمیل سے واقع ہوتا ہے، چنانچہ ولادت کے وقت یہ ہڈیاں ایک دوسرے سے محکم طور پر جڑی ہوتی ہیں۔ لیکن کاسۂ سر کی ہڈیاں اتنی منتظم نہیں ہوتیں، اور جب بچہ پیدا ہوتا ہے تو وہ صرف ایک پتلی غیر منتظم جھلّی کے ذریعہ جڑی ہوتی ہیں۔ اس اختلافِ نمو کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ چہرہ اور قاعدہ کی ہڈیاں ناقابلِ انضغاط ہوتی ہیں، اور مڈولا (medulla = لُب) کے حیوی مرکزوں کو جن کو وہ محیط ہوتی ہیں، نقصان نہیں پہنچ سکتا۔ لیکن کاسۂ سر انضغاط پذیر ہوتا ہے، لہذا جب جمجمہ پیلوس (حوض) سے گزرتا ہے تو جمجمہ کی جسامت گھٹ سکتی اور شکل تبدیل ہوسکتی ہے اور اس ذریعہ سے جمجمہ کے اخراج میں بہت سہولت پیدا ہوتی ہے۔ یہ تخفیف جسامت اس طرح واقع ہوتی ہے کہ جنین کے بھیجے میں جو سیریبرو سپائنل فلوئڈ (دماغی نخاعی سیال) اور خون پایا جاتا ہے، وہ انضغاط سے جسم کے دیگر حصوں میں چلا جاتا ہے۔ شکل کی تبدیلی یعنی وہ جسے انصیاغ کہتے ہیں، اس کا سبب کاسۂ سر کی ہڈیوں کی لینت اور ان کو جوڑنے والے اغشیہ کی موجودگی ہے، اس سے ایک ہڈی دوسری ہڈی پر متراکب ہوجاتی ہے۔ سر کے گزرنے کے دوران میں، مثلاً پہلی ورٹکس پریزنٹیشن (قمی تطریق) میں، پرائٹل (جداری) ہڈیاں، فرانٹل (جبہی)،



تصویر ۵۰ ۔ جنینی جمجمہ



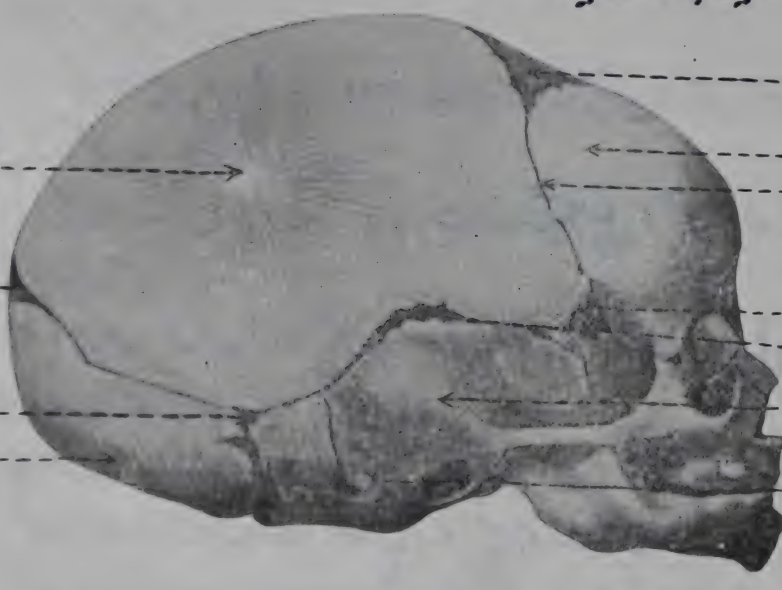
تصویر ۵۱ ۔ جنینی جمجمہ

آکسیپٹل (قذالی) اور ٹمپرل (صدغی) ہڈیوں پر متراکب ہوتی ہیں، اور داہنی پیرائٹل (جداری) بائیں پیرائٹل (جداری) ہڈی پر متراکب ہوتی ہے۔ سر کی شکل کا اس طرح معتد بہ طور پر متغیر ہوجانا ان تصاویر اور بیانات سے دیکھا جاسکتا ہے جو صفحات 302، 316 اور 323 پر دیئے گئے ہیں۔

جنینی جمجمہ کا کاسۂ سر۔ جنینی جمجمہ کے کاسۂ سر کو، جو بعض ہڈیوں، درزوں اور فانٹینلز (یافوخوں) پر مشتمل ہوتا ہے، ذرا زیادہ تفصیل سے بیان کرنے کی ضرورت ہے۔

ہڈیاں۔ جنینی جمجمہ کی وہ ہڈیاں جو کاسۂ سر بناتی ہیں، یہ ہیں: دو پرائٹل (جداری) ہڈیاں، اور آکسیپٹل (قذالی)، فرانٹل (جبہی)، اور ٹمپرل (صیدغی) ہڈیوں کے بعض حصے۔ پیدائش کے وقت فرانٹل (جبہی) ہڈی دو مساوی حصوں میں تقسیم شدہ ہوتی ہے۔

234 **درزیں۔** وہ غیر متنظم اغشیہ جو کاسۂ سر کی مختلف ہڈیوں کو جوڑتے ہیں، درزیں کہلاتی ہیں۔ یہ درزیں چھ ہوتی ہیں:۔



تصویر ۵۲۔ عقبی فانٹینل (یافوخ) اور عقبی ٹمپرل فانٹینل (صدغی یافوخ) کے درمیان لیمبائڈل (lamboidal = لمحدوی) درز۔

235 ۱۔ سیجیٹل (sagittal = سہمی) درز، جو پیرائٹل (جداری) ہڈیوں کے فوقانی کناروں کو

جوڑتی ہے۔

۲۔ فرانٹل (جبہی) درز، جو سیجیٹل (سہمی) درز ہی کا تسلسل ہوتا ہے اور فرانٹل (جبہی) ہڈی کے دو حصوں کو جوڑتا ہے۔

۳۔ لیمبائڈل (lamboidal = قمحدوی) درز، جو دو پیرائٹل (جداری) ہڈیوں کے عقبی کناروں کو آکسیپٹل (قذالی) ہڈی سے جوڑتی ہے۔

۴۔ کارونل (coronal = اکلیلی) درز، جو پیرائٹل (جداری) ہڈیوں کے اگلے کناروں کو فرانٹل (جبہی) ہڈیوں سے جوڑتی ہے۔

۵ اور ۶۔ ٹمپرل (صدغی) درزیں، جو ٹمپرل (صدغی) ہڈیوں کے اسکوئمس (squamous = فلسمانی) حصوں کو پیرائٹل (جداری) ہڈیوں کے زیریں کناروں سے جوڑتی ہیں۔

فانٹینلز (یافوخ)۔ مختلف درزوں کے نقاط اتصال، فانٹینلز (یافوخ) کہلاتے ہیں، اور یہ تعداد میں چھ ہیں۔

۱۔ اگلا فانٹینل (یافوخ)، وہ جگہ ہے جہاں کہ سیجیٹل (سہمی)، فرانٹل (جبہی) اور کارونل (اکلیلی) درزیں ملتی ہیں۔

۲۔ پچھلا فانٹینل (یافوخ)، وہ جگہ ہے جہاں سیجیٹل (سہمی) اور لیمبائڈل (قمحدوی) درزیں ملتی ہیں۔

۳ اور ۴۔ اگلے ٹمپورل فانٹینل (صدغی یافوخ)، ٹمپرل (صدغی) اور کارونل (اکلیلی) درزوں کے اتصال پر واقع ہیں۔

۵ اور ۶۔ پچھلے ٹمپورل فانٹینل (صدغی یافوخ)، جو ٹمپورل (صدغی) اور لمبائڈل (قمحدوی) درزوں کے اتصال پر واقع ہوتے ہیں۔

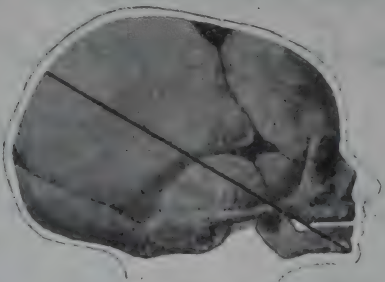
تبالتی نقطۂ نظر سے صرف مقدم اور عقبی فانٹینل (یافوخ) اہم ہیں۔ ان کی مقامیت سے یہ معلوم ہو سکتا ہے کہ آکسی پٹ (قذال) کا رخ کس طرف ہے، اور سر میں کس قدر خمیدگی یا بسط کردگی واقع ہوئی ہے۔ 236

مقدم فانٹینل (یافوخ) یعنی برگما (bregma = سیما) بآسانی محسوس کیا جا سکتا ہے، بشرطیکہ وہ بڑے کیپٹ سکیڈینیم (caput succedaneum = سابیا) سے پوشیدہ



حمل کے سینتیسویں (۳۷) ہفتہ پر ایک چپ قذالی مقدمی تطریق کی سایہ نگاشت
(از ڈاکٹر برٹرام شائرز)

نہ ہو گیا ہو۔ دونوں فانٹنلز (یا فوخوں) میں سے یہ زیادہ بڑا اور تقریباً قرصی شکل کا ہوتا ہے، اور اس میں چار درزیں آکے ملتی ہیں۔ پیدائش کے وقت یہ ہمیشہ کھلا رہتا ہے اور تقریباً



تصویر ۵۳۔ الف۔ ورٹیکو مینٹل (قمی ذقنی)
قطر ۵½ انچ (۱۳٫۱ سنٹی میٹر)۔



تصویر ۵۳۔ ب　یہ ظاہر کرتی ہے کہ ایک برو پریزنٹیشن (جبینی تطریق) میں
کونسا قطر پیلوس (حوض) کے وار پار پڑتا ہے۔

بیس مہینوں میں بند ہوتا ہے۔ عقبی فانٹینل (یا فوخ) مثلثی شکل کا ہوتا ہے اور اس میں تین

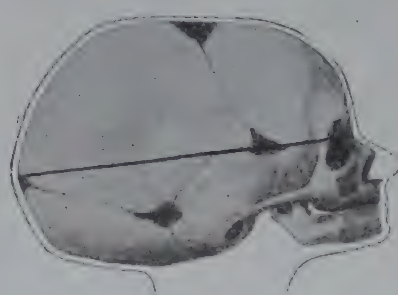
درزیں آکر ملتی ہیں۔ بیشتر صورتوں میں پیدائش کے دوران میں اس کو بطور ایک فضا کے نہیں محسوس کیا جا سکتا، اور بعد میں یہ جلد ہی بند ہو جاتا ہے۔ ٹمپورل فانٹینل (صدغی یافوخ) بالعموم محسوس نہیں کئے جا سکتے، اور اس لئے یہ سر کی مقامیت تشخیص کرنے میں کچھ مدد نہیں دیتے۔ کبھی کبھی کسی ایک پر عقبی فانٹینل (یا فوخ) کا مغالطہ ہو جاتا ہے۔

جنینی جمجمہ کے قطر 237

بڑے بڑے قطر جو وضع حمل کی میکانیت سے تعلق رکھتے ہیں، اس طرح تقسیم کئے جا سکتے ہیں۔ طولی انتصابی اور عرضی۔

طولی قطر

ورٹیکومینٹل (vertico-mental = قمی ذقنی)۔ یہ قطر ٹھڈی کی نوک سے



تصویر ۵۴ الف۔ آکسیٹوفرانٹل (قذالی جبہی، قطر $\frac{1}{2}$ ۴ انچ (۶۲ء۱۱ سنٹی میٹر)۔

شروع ہوتا ہے اور ورٹکس (vertex = قمہ) پر کے بعید ترین نقطہ تک، جو بہ نسبت مقدمی فانٹینل (یا فوخ) کے عقبی فانٹینل (یا فوخ) سے زیادہ قریب ہوتا ہے، ختم ہوتا ہے۔ یہ $\frac{1}{2}$ ۵ انچ (۱۳۶ء۱ سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۵۳ الف) یہی وہ قطر ہے جو کہ برو پریزنٹیشن (brow presentation = جبینی نظر یق) میں پیلوس (حوض) کے دار پار واقع ہوتا ہے

اس وقت جبکہ سر خمیدگی اور بسط کردگی کے درمیان ہوتا ہے (تصویر ۵۳ ب)۔
آکسیپٹو فرانٹل (قذالی جبہی)۔ ناک کی جڑ سے لے کر عقبی فانٹینل (یافوخ) تک
ناپا جاتا ہے، اور ½۴ انچ (۱۱٫۶۲ سینٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۵۴ الف)۔ یہی وہ قطر ہے جو ایک





تصویر ۵۴ ج

تصویر ۵۴ ب

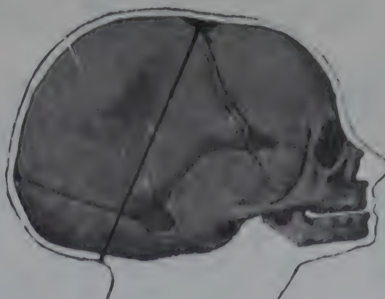
ظاہر کرتی ہیں کہ ایک غیر ترجیع شدہ آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی)
وضع میں اور پس آئند سر کی غیر تکمل خمیدگی میں کونسا قطر پیلوس (حوض)
کے وار پار پڑتا ہے۔

غیر مرجع آکسیپٹو پوسٹیریر (occipito-posterior= قذالی عقبی) وضع میں، اور پس آئند سر کی غیر تکمل خمیدگی میں پیلوس (حوض) کے وار پار پڑتا ہے (تصویر ۵۴ ب اور ۵۴ ج)۔

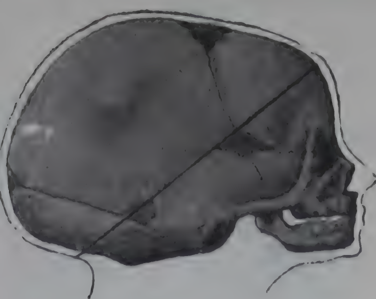
انتصابی قطر

238 اس عنوان کے تحت بیان کردہ سب قطروں کے متعلق یہ نہیں کہا جا سکتا کہ وہ مطلقاً
انتصابی ہوتے ہیں، تاہم وہ طولی ہونے کی نسبت زیادہ انتصابی ہوتے ہیں۔
سب آکسیپٹو بریگمیٹک (suboccipito-bregmatic= زیر قذالی سیمائی)۔

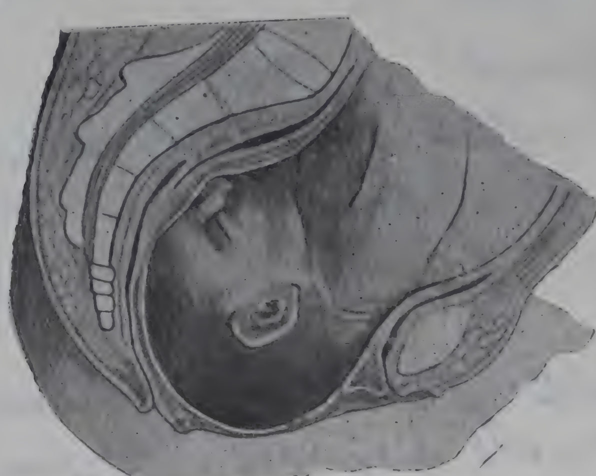
یہ پیچھے سراور گردن کے انصال سے لے کر مقدمی فانٹینل (یا فوخ) کے مرکز تک ۳ ۳/۴ انچ (۹٫۳ سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۵۵ الف)۔ یہ وہ قطر ہے جو پیلوس (حوض) کے وار پار اسوقت آتا ہے جب کہ سر مکمل طور پر خمیدہ ہوتا ہے (تصویر ۵۵ ب)۔



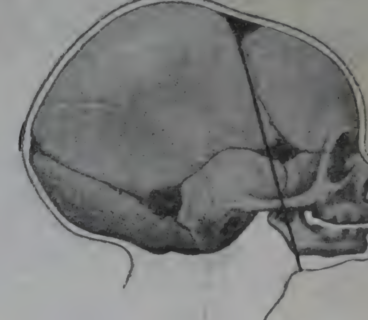
تصویر ۵۵ الف۔
سب آکسپٹو بریگمیٹک (زیر قذالی یسمائی) قطر ۳ ۳/۴ انچ (۹٫۳ سنٹی میٹر)۔



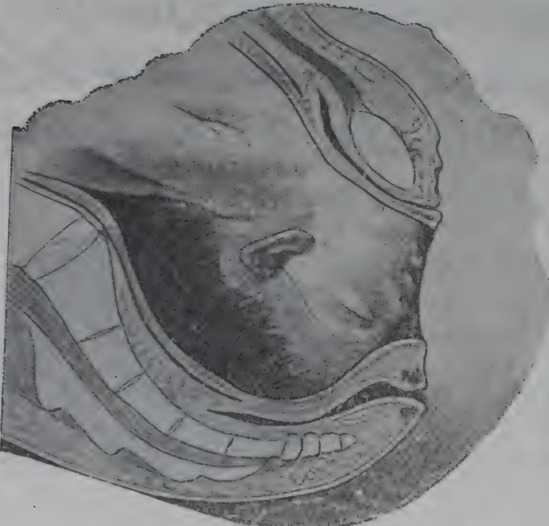
تصویر ۵۵ ج۔
سب آکسپٹو فرانٹل (زیر قذالی جبہی) قطر ۴ انچ (۱۰ سنٹی میٹر)۔



تصویر ۵۵ ب ظاہر کرتی ہے کہ جب سر مکمل طور پر خمیدہ ہو تو پیلوس (حوض) کے وار پار کو نسا قطر پڑتا ہے۔ اگر سر بالکل اچھی طرح خمیدہ نہ ہو تو سب آکسپٹو فرانٹل (زیر قذالی جبہی) قطر جو ۴ انچ (۱۰ سنٹی میٹر) ہوتا ہے پیلوس (حوض) کے وار پار پڑتا ہے اور طبعی ورٹکس (قمہ) کی ولادت کے دوران میں ولول (فرجی) دہنہ کو متمدد کرتا ہے۔



تصویر ۵۶ الف ۔سب مینٹو برگمیٹک (زیر ذقنی سیابائی) قطر ۱۳ ۳/۴ انچ (۹٫۳ سنٹی میٹر) ۔

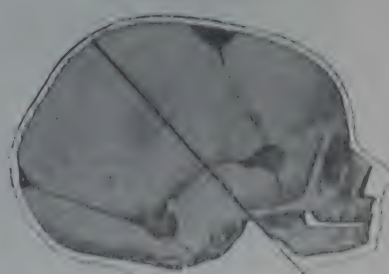


تصویر ۵۶ ب یہ ظاہر کرتی ہے کہ فیس پریزینٹیشن (چہرہ تطریقی) میں جبکہ سر مکمل طور پر بسط شدہ ہو، کونسا قطر پیلوس (حوض) کے وار پار پڑتا ہے۔

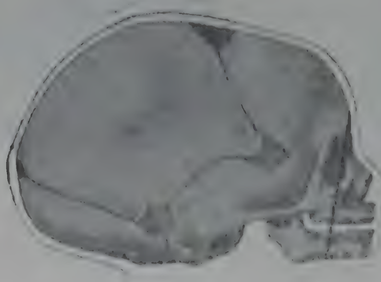


تصویر ۵۷ ۔مواظب مینٹو پوسٹیریر (ذقنی عقبی) وضع۔
یہ ظاہر کرتی ہے کہ جب چہرہ تطریق کر رہا ہو اور ٹھڈی عقب میں ہو، تو کونسا قطر پیلویس (حوض) کے وار پار پڑتا ہے۔

سب آکسیپٹوفرانٹل (suboccipito-frontal = زیر قذالی جبہی) - پیچھے
سراور گردن کے اتصال سے لے کر پیشانی کے اُبھار تک ۴ ۱/۴ انچ (۱۰ سنٹی میٹر) ہوتا ہے - یہی وہ
قطر ہے جو پیلوس (حوض) کے اس وقت وار پار آتا ہے جبکہ سر مکمل طور پر خمیدہ نہیں ہوتا (تصویر ۵۵ ج)- 24



تصویر ۵۸ الف - سب مینٹو ورٹیکل (زیر ذقنی قمی) قطر، ۱/۲ ۴ انچ (۲ و ۱۱ سنٹی میٹر)-



تصویر ۵۹ الف - مینٹو نیزل (ذقنی انفی) قطر، ۱/۲ ۱ انچ (۷ء۳ سنٹی میٹر)



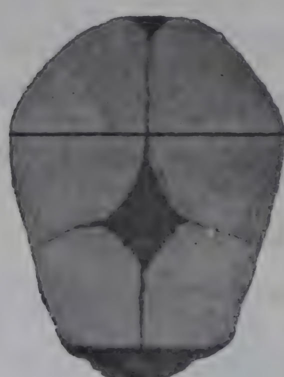
تصویر ۵۸ ب ظاہر کرتی ہے کہ جب چہرہ تطریق کر رہا ہو اور سر ٹھیک طرح بسط شدہ نہو، تو کونسا قطر پیلوس (حوض) کے وار پار پڑتا ہے -



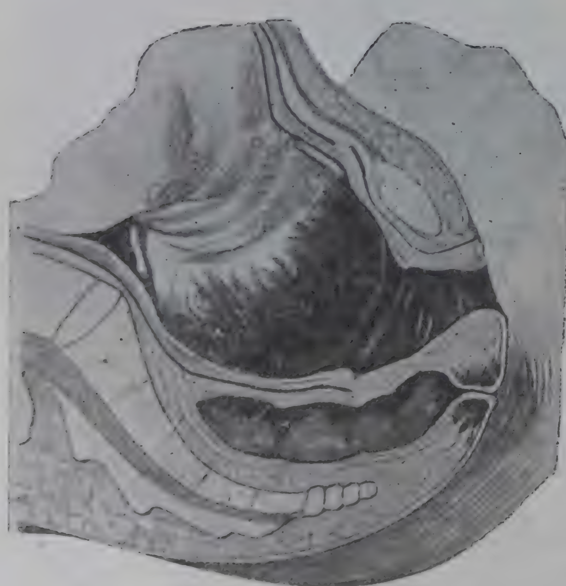
تصویر ۵۹ ب ظاہر کرتی ہے کہ جب کرینیو کلازم (تفتیت) کے عملیہ کے بعد کچلے ہوئے سر کو ولادت کرائی جاتی ہے، تو اسکے لئے چہرہ کا انضغاطی قطر پیدا کیا جاتا ہے -

سب مینٹو برگمیٹک (submento-bregmatic= زیرذقنی سیمائی)۔ سامنے سر اور گردن کے اتصال سے لے کر مقدمی فانٹینل (یا فوخ) (یعنی برگما: bregma= سیما) کے وسط تک یہ ۳ ۳/۴ انچ (۹٫۶۳ سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۵۶ الف)۔ یہ قطر پیلوس (حوض) کے اس وقت وار پار آتا ہے جبکہ چہرہ کی تظاہر نو سر کی پوری انبساط شدگی کیساتھ ہوتی ہے (تصویر ۵۶ ب)۔

سب مینٹو ورٹیکل (submento-vertical= زیرذقنی قمی)۔ سامنے سر اور گردن کے اتصال (تصویر ۵۸ الف) سے لے کر ورٹکس (قمہ) کے اوپر بعید ترین نقطہ تک ۴ ۱/۲ انچ (۱۱٫۲۵ سنٹی میٹر)۔ یہ قطر پیلوس (حوض) کے وار پار اس وقت آتا ہے جبکہ 241
چہرہ تظاہر نو کرتا ہوتا ہے اور سر مکمل طور پر انبساط کردہ نہیں ہوتا (تصویر ۵۸ ب)۔ نیز ولادت



تصویر ۶۰ الف
بائی پرائٹل (دوجداری) قطر ۳ ۳/۴ انچ (۹٫۶۳ سنٹی میٹر)۔



تصویر ۶۰ ب
ظاہر کرتی ہے کہ ایک فلیٹنڈ پیلوس (چپٹے حوض) میں سب سے بڑا قطر کونسا ہوتا ہے جو برم (ڈگر) کے عرضی قطر میں داخل ہوتا ہے۔

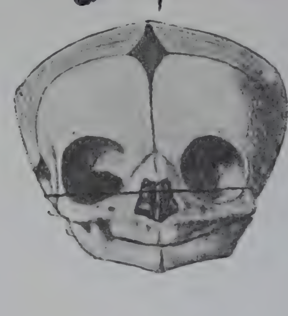
کے وقت یہ ولوا (فرج) کو بھی متمدّد کر دیتا ہے۔

مینٹو نیزل (mento-nasal = ذقنی انفی)۔ ٹھوڈی کی نوک سے لے کر فرانٹل (جبہی) ہڈی کے آربٹل پلیٹ (orbital plate = محجری صحفہ) تک ½ ۱ انچ (۳،۷ سنٹی میٹر) ہوتا ہے (تصویر ۵۹ الف)۔ یہ چہرہ کا انتصابی قطر کہلاتا ہے، اور کرینیو کلازم (cranioclasm = جمجمہ شکنی) کے عملیہ کے بعد کچلے ہوئے سر کو نکالنے کے لئے کام میں لایا جاتا ہے (تصویر ۵۹ ب)۔

عرضی قطر

بائی پرائٹل (bi-parietal = دوجداری)۔ پرائٹل امی نینس (parietal eminence = جداری فراز) پر دو بعید ترین نقطوں کے درمیان کا فاصلہ ¾ ۳ انچ (۹،۳ سنٹی میٹر) (تصویر ۶۰ الف)۔ یہ سب سے بڑا قطر ہے جو ایک چپٹے پیلوس (حوض) کی برم (لگر) کے اگلے پچھلے قطر میں داخل ہوتا ہے (تصویر ۶۰ ب)۔

بائی ٹمپورل (bi-temporal = دوصدغی)۔ کارونل (اکلیلی) درز پر دو بعید ترین نقطوں سے لیا جاتا ہے اور ¼ ۳ انچ (۸،۱ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔

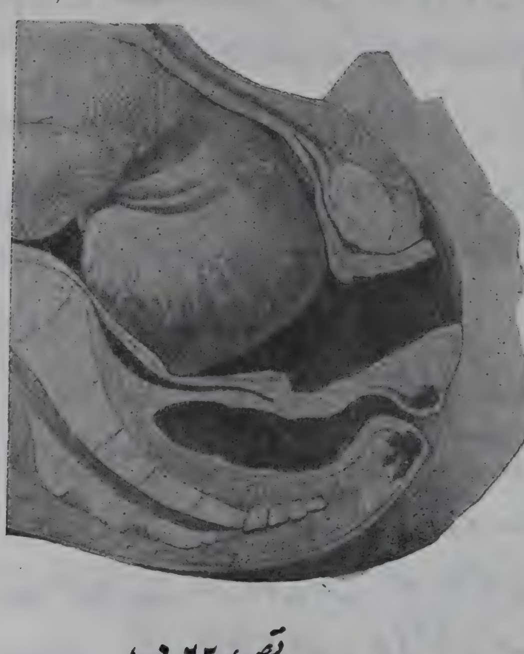


تصویر ۶۱۔ بائی میٹائڈ (دو حلمی) قطر ۳ انچ (۷،۵ سنٹی میٹر)۔ اس کا قاعدہ ناقابل انضغاط ہے۔ چونکہ بائی میٹائیڈ (دو حلمی) قطر کو کسی قبالتی عملیہ کے ذریعہ کم کرنا ممکن نہیں لہٰذا فلیٹنڈ پیلوس (چپٹے حوض) کا برم (لگر) پر ایک قطر کم از کم ۳ انچ ہونا چاہئے اور ایک عموماً طور پر کان ٹرکیٹڈ پیلوس (منقبض حوض) کا کوئی قطر ایسا نہ ہونا چاہئے جو ۳ انچ سے کم ہو تاکہ کچلے ہوئے سر کی تخریج کی جا سکے۔

بائی میسٹائڈ (bi-mastoid = دوحلمی)۔ یہ ٹمپورل (صدغی) ہڈی کے میسٹائڈ پروسسز (mastoid processes = حلمی زائدوں) کے اوپر دو بعید ترین نقطوں کے درمیان کا فاصلہ ہوتا ہے، ۳ انچ (۷٫۵ سنٹی میٹر) (تصویر ۶۱)۔

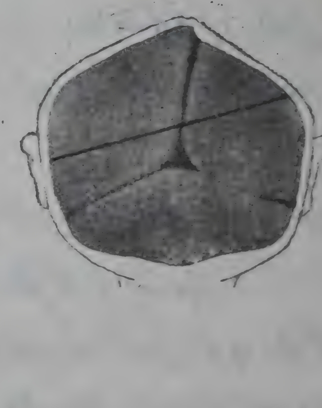
سوپر پرائٹل سب پرائٹل (superparietal-subparietal = فوق جداری تحت جداری)۔ ایک پرائٹل امی ننس (جداری فراز) کے اوپر سے لے کر دوسرے پرائٹل امی ننس (جداری فراز) کے نیچے تک ۳ ½ انچ (۸٫۱ سنٹی میٹر) (تصویر ۶۲ الف)۔ یہ وہ عرضی قطر ہے جو کہ فلیٹنڈ پیلوس (چپٹے حوض) کی صورت میں سر کی جانبی خمیدگی (نیگلی :Nægele کے ترچھے پن) کی وجہ سے پیلوس (حوض) میں مرتبط ہوتا ہے (تصویر ۶۲ ب اور صفحہ 408)۔

جنینی سر کا محیط۔ جنینی سر کا سب سے چھوٹا محیط وہ ہے جو سب آکسپٹو برگمیٹک (suboccipito-bregmatic = زیر قذالی سیمائی) کے مستوی میں لیا جاتا ہے۔ اسکا ناپ



تصویر ۶۲ ب

ظاہر کرتی ہے کہ ایک فلیٹنڈ پیلوس (چپٹے حوض) میں، سر کی جانبی خمیدگی (یعنی نیگل کے ترچھے پن) کی وجہ سے عرضی قطر مرتبط ہوتا ہے۔



تصویر ۶۲ الف

سوپراپرائٹل سب پرائٹل (فوق جداری تحت جداری) قطر ۳ ½ انچ (۸٫۱ سنٹی میٹر)۔

۱۱ انچ (۵ء۲۷ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ اُس سے کسی قدر بڑا محیط وہ ہے جو سب آکسپٹو فرانٹل 24
(suboccipito-frontal = زیر قذالی جبہی) قطر کے مستوی میں لیا جاتا ہے۔ یہ محیط وہ ہے
جو عام طور سے ولول (فرجی) دہنہ کو طبعی وضع حمل میں متمدد کرتا ہے۔ سب سے بڑا محیط وہ ہے
جو آکسپٹو مینٹل (occipito-mental = قذالی ذقنی) قطر کے مستوی میں لیا جاتا ہے۔ اس کا
ناپ ۱۴ انچ سے لے کر ۱۴½ انچ (۳۵ تا ۳۶ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔

جنینی سر کا وہ محیط جو آکسپٹو فرانٹل (قذالی جبہی) قطر کے مستوی میں لیا جاتا ہے،
اُس کا ناپ ۱۳⅘ انچ (۳۴ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ یہ وہ محیط ہے جو کہ ایک غیر مرتب آکسپٹو
پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضع کی ولادت میں ولول اوٹ لیٹ (فرجی مخرج) کو متمدد کرتا
ہے، اور پرینیم (عجان) کا جو شدید انشقاق واقع ہوتا ہے اس کا بڑی حد تک یہی سبب
ہوتا ہے۔

ذکور کے سر اوسطاً اناث کے سروں سے ذرا زیادہ بڑے ہوتے ہیں۔ اسی طرح
جمجمہ کی جسامت اور درجۂ تعظّم، متوالی حمول میں کسی قدر زیادہ ہو جاتا ہے۔

ڈورا میٹر (dura mater = ام جافیہ) کے بڑے بڑے شکن یعنی فیلکس سیریبرائی 2
(falx cerebri = منجل الدماغ) اور ٹنٹوریم سیریبلائی (tentorium cerebelli = خیمۃ الدماغ)
اپنی مقاومت اور پیچیدگیوں کی وجہ سے ایک حد تک اندرونی رباطات کا کام دیتے ہیں، اور
ان کے ذریعہ جنینی سر، جو کہ نرم اور گداز ہوتا ہے طولی، متعرض، یا ترچھی سمت میں حد سے
زیادہ بدشکل نہیں ہونے پاتا۔

اگر انصیاغ نہایت ہی مفرط ہو، یا جنینی سر پر شدید اور ناگہانی بار پڑے، تو
ڈورا میٹر (ام جافیہ) کے مذکورہ بالا حصص کے پھٹ جانے کا اندیشہ ہے۔

ایسی صورت میں بعض بڑے بڑے وریدی اجواف کے مشقوق ہو جانے کا بھی
سخت خطرہ ہے، اور وہ یہ ہیں۔ انفیریر لانجی ٹیوڈنل سائنس (inferior longitudinal
sinus = تحتانی طولی جوف)، جو کہ فیلکس سیریبرائی (منجل الدماغ) کے آزاد کنارے میں
جاتا ہے اور پیچھے کی طرف دماغ سے جالینوس (Galen) کی وریدیں وصول کرتا ہے۔ اور سٹریٹ
سائنس (straight sinus = سیدھا جوف) جو کہ فیلکس سیریبرائی (منجل الدماغ) اور ٹنٹوریم
سیریبلائی (خیمۃ الدماغ) کے درمیان جاتا ہے۔

ڈیورا میٹر (ام جافیہ) کے مذکورہ بالا شگنوں کے چاک، بسا اوقات دشوار وضع حمل کے بعد مردہ پیدا ہوئے جنینوں میں یا وائٹ اسفکسیا (اختناق سپید) کی حالت میں پیدا ہوئے جنینوں میں ان کے بعد الموت امتحان پر پائے جاتے ہیں۔

یہ تضررات اور دیگر درون جمجمی نقصان، اس صورت میں خاص کثرت سے پائے جاتے ہیں جبکہ بریچ (سُفلی) اصابتوں میں پس آئندہ سر کی تند اور سریع ولادت کر دی گئی ہو۔

جنینی دھڑ کے قطر

بائی ایکرومیل (bi-acromial = دو اُخرمی)۔ شانوں پر دو بعید ترین نقطوں کے درمیان کا فاصلہ ہے، جو ۴ ۳/۴ انچ (۱۱ء۸ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔

بائی ٹروکنٹیرک (bi-trochanteric = دو طروخائی)۔ گریٹ ٹروکینٹر (great trochanter = طروخائے اعظم) پر دو بعید ترین نقطوں کے درمیان کا فاصلہ ۴ انچ (۱۰ سنٹی میٹر)۔

باب بست وپنجم

وضع حمل کے مظاهر

یہ معلوم نہیں ہے کہ وضع حمل چالیس ہفتوں کے اختتام پر کیوں شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا کچھ تعلق حیضی نوبت سے ہو کیونکہ وضع حمل عموماً ایسے وقت پر واقع ہوتا ہے جو استقرار حمل کے بعد دسویں حیض کا زمانہ ہوتا ہے۔ پوسٹ میچوریٹی (post-maturity = زائد المیعادی) کی مثالوں میں اکثر یہ پایا جاتا ہے کہ متوقع زمانہ کے ٹھیک چار ہفتے کے بعد وضع حمل ہوتا ہے۔ مگر ان زچاؤں میں جن میں چار ہفتہ واری کی بجائے سہ ہفتہ واری دور پایا جاتا ہے، تیس ہفتوں کی مدت حمل کے بعد مکمل طور پر نمو یافتہ بچے نہیں پیدا ہوتے۔

مختلف نظریات بیان کئے گئے ہیں، مثلاً رحم کا متمدد ہو جانا، پلیسنٹا (مشیمہ) کا ان فارکشن (انفعام)، کاربن ڈائکسائڈ (CO_2) کا تجمع۔ تاہم ان میں سے کوئی نظریہ بھی ایسا نہیں جو اکثر مثالوں کی تسلی بخش طور پر توجیہہ کرتا ہو۔

وضع حمل کا آغاز ہونے سے دو تین دن قبل معیّن تحولی تغیرات کا مظاہرہ کیا جا سکتا ہے، چنانچہ وزن میں تقریباً ... اگرام کی تخفیف ہو جاتی ہے، نائٹروجن کا احتباس ہو جاتا ہے، اور سیال کا اخراج ہوتا ہے۔ یہ مکشوفات ان مکشوفات کی بالکل ضد ہیں جو کہ حمل کے آخری مہینوں میں پائے جاتے ہیں۔ پس وضع حمل کا آغاز ہونے سے کم از کم ۴۸ گھنٹہ قبل، بداہتہً کچھ معیّن تغیرات واقع ہوتے ہیں۔

جوں جوں حمل ترقی کرتا ہے، رحمی عضلہ پوسٹیریر پیشوٹری (عقبی نخامی غدہ) کے خلاصہ کے فعل سے بتدریج زیادہ متاثر ہوتا جاتا ہے۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ تجربی حیوانات میں ابتدائی حمل میں اس شئے کی مہلک مقداریں بھی بالکل ابارشن (اسقاط) واقع نہیں کرتیں لیکن حمل کے آخری حصہ میں اس سے کمتر معتادیں ہمیشہ وضع حمل کا آغاز کر دیتی ہیں۔ غالباً رحم کی حساسیت میں مذکورہ بالا تبدیلی ہونا کسی شئے کا نتیجہ ہے جو کہ خون میں دورہ کرتی ہے۔ کارپس لوٹیم (جسم اصفر) اور انٹیریر پیشوٹری (غدہ نخامی مقدمی) کو اس شئے کا منبع بتایا گیا ہے لیکن کوئی منبع حقیقت میں معلوم نہیں ہے۔

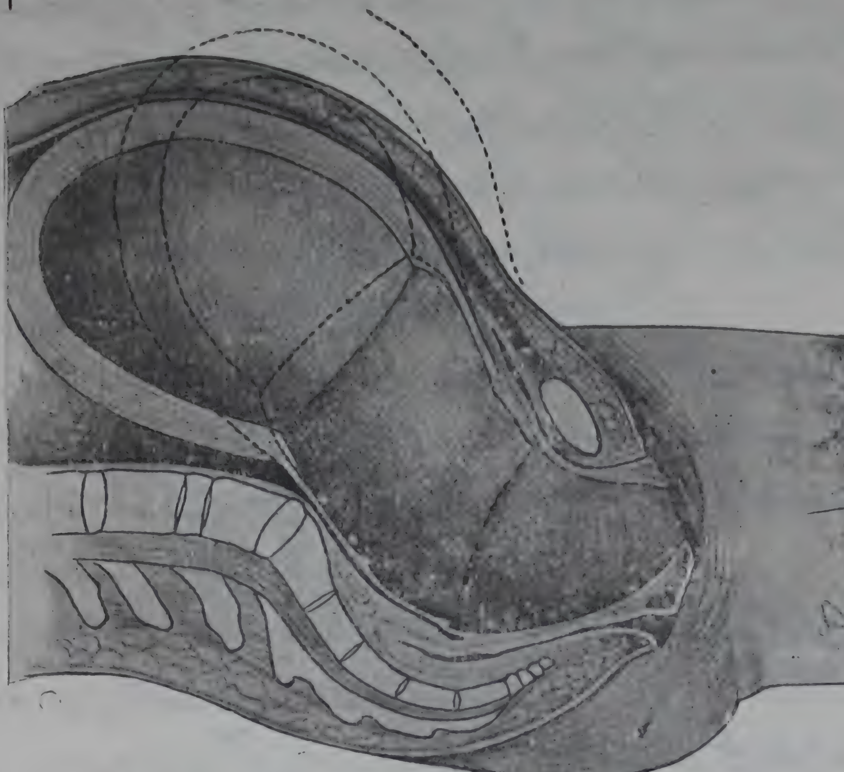
آغاز وضع حمل کے قدرتی میکانیہ سے بالکل قطع نظر، بعض مثالوں میں رحم کا تہییج کر کے وضع حمل کا غیر طبعی آغاز کیا جا سکتا ہے۔ یہ تہییج براہ راست ہوتا ہے، مثلاً جب بوجیز (bougies = شمعات) داخل کر کے قبل از میعاد وضع حمل کا امالہ کیا جاتا ہے، یا بالواسطہ ہوتا ہے، مثلاً شدید مسہلات اور شائد خوف کے ذریعہ۔

245 وضع حمل کے مظاہر کو بیان کرنے کے لئے رحم کو تین حصوں میں تقسیم کرنا چاہیئے جو وضع حمل کے دوران میں مختلف حیثیت سے کام کرتے ہیں۔

۱۔ سروکس (عنق)۔ یہ میکانی طور پر متسع ہوتا ہے اور قطع نظر اس امر کے کہ مدور ریشوں میں ارتخاء واقع ہوتا ہے، یہ ایک مجہول حصہ لیتا ہے۔

۲۔ لوئر یوٹرائن سگمینٹ (رحم کا قطعۂ اسفل)۔ غیر حامل رحم میں، رحم کا وہ حصہ جو کہ سروکس (عنق) کے انٹرنل آس (اندرونی فم) سے ذرا اوپر ہوتا ہے، استھمس (isthmus = تنگنائے) کہلاتا ہے۔ اس حصہ کو استر کرنے والا اینڈومیٹریم (درون رحمہ) اس اینڈومیٹریم (درون رحمہ) سے جو کہ فنڈس (قعر) کو استر کرتا ہے، بعض اختلافات ظاہر کرتا ہے۔ چنانچہ یہ کم موٹا ہوتا ہے، اس میں غدد کم ہوتے ہیں اور سٹک (دویری) ہونے کا رجحان ظاہر کرتے ہیں، اور سٹروما (ہیکلی) خلیات کم ہوتے ہیں۔ حیض اور تکوین پلیسنٹا (مشیمہ) کی اثناء میں اس حصہ میں کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔ میعاد پر یہ لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (زیرین قطعہ رحم) بن جاتا ہے، اور سروکس (عنق) سے قریباً ۳ انچ اوپر تک جاتا ہے۔ ایسا کوئی معین تشریحی امتیازی نشان نہیں بتایا جا سکتا کہ جس کو لوئر یوٹرائن سگمینٹ (رحم کے قطعہ اسفل) کی بالائی حد گردانا جائے،

البتہ سامنے کی جانب اس کے متعلق یہ کہا جا سکتا ہے کہ یہ رحمی عضلہ سے پرٹیونیم (باریطون) کی



تصویر ۶۳ - یہ دبیز شدہ اپر یوٹرائن سگمنٹ (بالائی رحمی قطعہ) اور پتلا لوئر یوٹرائن سگمنٹ (زیریں رحمی قطعہ) ظاہر کرتی ہے۔
نقطہ دار خط ظاہر کرتا ہے کہ دورانِ انقباض میں رحم کونسی وضع اختیار کرتا ہے۔

جو مضبوط طور پر چسپید گی ہے، اس کی زیرین حد کے تناظر ہوتی ہے۔ وضع حمل کے دوران میں لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (رحم کے قطعہ اسفل) کی شکل نیم کرہ سے بدل کر استوانہ نما بن جاتی ہے، اور جوں جوں وضع حمل ترقی پاتا جاتا ہے اس کی دیواریں تنتی جاتی اور پتلی ہوتی جاتی ہیں، یہاں تک کہ جنین کے گزرنے کے لئے جگہ ہو جاتی ہے۔ جب بچہ پیدا ہو چکتا ہے تو عضلی ریشے اب چونکہ تنے ہوئے نہیں ہوتے، اسلئے باز کشیدہ ہو جاتے ہیں، اور انکی دیواریں زیادہ موٹی ہو جاتی ہیں۔
طبعی حالات میں اس کے تننے اور پتلا ہونے میں کوئی خطرہ نہیں ہے، لیکن اگر پلیسنٹا

(مشیمہ) لوئر یوٹرائن سگمینٹ (رحم کے قطعہ اسفل) سے چپکا ہوٴ یا اگر جنین کے آگے بڑھنے میں کوئی
رکاوٹ ہوٴ تو اس کے نتائج خطرناک ہو سکتے ہیں۔

۳۔ اپر یوٹرائن سگمینٹ (upper uterine segment = رحم کا بالائی قطعہ)۔
اس میں جسم رحم کا بڑا حصہ شامل ہوتا ہے۔ جوں جوں وضع حمل میں ترقی ہوتی ہے رحم کے اس حصہ کی
دیواریں عضلی ریشوں کی باز کشیدگی کی وجہ سے بتدریج زیادہ موٹی ہوتی جاتی ہیں کیونکہ اسکے مشمولات
لوئر سگمینٹ (قطعہ اسفل) اور سروکس (عنق) میں آجاتے ہیں۔



تصویر ۱۴۶۔ "برتھ قنال (ولادتی قنال)"۔
لوئر یوٹرائن سگمینٹ (زیرین رحمی قطعہ) سروکس (عنق) ویجائنا (مہبل) پیلوک (حوضی) فرش اور ولول (فرجی) مخرج
متسع ہو گئے ہیں اور ایک مسلسل قنال بنا رہے ہیں۔ ہنوز ایک خفیف حید موجود ہے جو کہ سروکس (عنق) کی زیرین حد ظاہر کرتا ہے۔

وضع حمل کے وقت لوئر یوٹرائن سگمینٹ (رحم کا قطعہ اسفل) سروکس (عنق) ویجائنا
(مہبل) پیلوک (حوضی) فرش اور ولول اوٹ لیٹ (فرجی مخرج) متسع ہو جاتے ہیں یہاں
تک کہ ایک مسلسل "برتھ قنال" (birth-canal = "ولادتی قنال") پیدا ہو جاتی ہے۔
اس اتساع کو پیدا کرنے والی اور اووم (بیضہ) کو خارج کرنے والی جو قوتیں ہوتی ہیں وہ رحمی عضلہ

کی باز کشیدگی اور انقباضات سے پیدا ہوتی ہیں اور انکو دوسرے اور تیسرے مراحل میں ڈایافرام اور شکمی عضلات کی مدد حاصل ہوتی ہے۔
رحم کے عضلی ریشوں کو تین گروہوں میں تقسیم کر کے بیان کیا جا سکتا ہے۔

(الف) بیرونی تہ۔ یہ ریشوں کے طولانی بنڈل ہیں جو سامنے کی جانب انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) کے ذرا اوپر سے شروع ہوتے دیکھے جا سکتے ہیں، اور ٹھیک فنڈس (قعر) کے اوپر سے گزر کر پیچھے کی جانب انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) کے ذرا اوپر ختم ہوتے ہیں۔

(ب) سب سے بڑا گروہ وہ بنڈل ہوتے ہیں جو تمام سمتوں میں گندھے ہوتے ہیں، یہ عروقِ دمویہ کا احاطہ کرتے ہیں اور انقباض کے دوران میں ان کے درونہ کو محو کرتے ہیں۔

(ج) اندرونی تہ۔ یہ ریشوں کے مدور بنڈل ہیں، جو جسم رحم کے گرداگرد پائے جاتے ہیں۔

رحم کے عضلی ریشے، منقبض، مرتخی، یا باز کشیدہ ہو سکتے ہیں۔ یہ منقبض ہونے میں زیادہ چھوٹے اور موٹے ہو جاتے ہیں۔ باز کشیدگی میں یہ ہوتا ہے کہ وہ اپنے اصلی طول پر واپس نہیں آتے، حالانکہ فعال انقباض زائل ہو چکا ہوتا ہے۔

ارتخا میں عضلی ریشے لانبے اور پتلے ہو جاتے ہیں، اور اپنے اصلی طول پر واپس آجاتے ہیں۔ جب انقباض کے بعد ارتخا ہوتا ہے، تو عضلی ریشوں کا قصر صرف عارضی ہوتا ہے؛ لیکن اگر انقباض کے ہمراہ باز کشیدگی واقع ہو اور کوئی ارتخا نہ ہو، تو ان کا کچھ قصر مستقل ثابت ہوتا ہے۔

باز کشیدگی ایک ایسا خاصہ ہے جو رحمی عضلہ کے لئے مخصوص نہیں ہے، البتہ کسی دیگر عضو کی بہ نسبت رحم میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ یہ اظہار ہے اس تنش کا جو تندرست عضلہ میں ہمیشہ موجود ہوتی ہے، اور جو ریشوں کے تناؤ کو ان کے طولی تغیرات کے مطابق بناتی ہے۔ یہ صاف ظاہر ہے کہ باز کشیدگی، فعال انقباض سے الگ واقع ہوتی ہے، نیز یہ کہ باز کشیدگی پر انقباض کا اضافہ کیا جا سکتا ہے۔ اگر بالکل کوئی باز کشیدگی نہ ہو، تو ہر انفرادی انقباض، رحم کی جسامت کے اسی نقطہ سے شروع ہوتا ہے جہاں سے اس کا پیش رو شروع ہوا تھا، کیونکہ رحمی مشمولات کے تنیدہ کن اثر کی وجہ سے ہر انقباض کے بعد ریشوں کا ارتخا اور اطالت واقع ہوتی ہے۔ مگر جب باز کشیدگی بھی واقع ہوتی ہے، تو ہر بعد کا انقباض ایک ایسے نقطہ سے شروع ہوتا ہے کہ جہاں اس کا

بیشتر و ختم ہوا تھا' اور یوٹرائن کیویٹی (رحمی کہفہ) ہر متوالی انقباض کے نتیجہ میں مستقل طور پر زیادہ چھوٹی ہو جاتی ہے۔ اس طرح بچہ نیچے پیچھے پھسلنے نہیں پاتا۔

ڈیکین (Dakin) نے ایک سادہ تمثیل سے ظاہر کیا ہے کہ بازکشیدگی کی کیا اہمیت ہوتی ہے۔ وہ تمثیل یہ ہے کہ ایک آدمی کسی چٹان پر کھڑا ہے اور ایک بھاری وزن سمندر کے کنارے پڑا ہوا ہے۔ وہ آدمی ایک رسہ کے ذریعہ اس پتھر کو اوپر اٹھاتا ہے۔ جب اُس کے عضلات منقبض ہوتے ہوتے تھک جاتے ہیں' تو وہ مرخی ہوتے ہیں اور وزن نیچے چلا جاتا ہے اور آرام کے بعد اُسے پھر از سر نو کام شروع کرنا پڑتا ہے۔ لیکن اس وقت جبکہ وہ اپنے عضلات کو منقبض کرتے کرتے تھک گیا ہو' اگر وہ رسے کو کسی کھمبے کے گرد ایک چکر دے دے' تو اتنا ہو جاتا ہے کہ خواہ وہ اپنے عضلات کا منقبض کرنا موقوف کردے' اس سے کچھ ہرج واقع نہیں ہوتا اور وہ انقباضات کا دوسرا گروہ ابتدائی نقطۂ آغاز سے نہیں' بلکہ اس نقطہ سے شروع کر سکتا ہے کہ جس تک انقباضات کا پہلا گروہ اس وزن کو لے گیا تھا۔

248 جب بچہ خارج ہو رہا ہوتا ہے' تو رحمی عضلہ کی بازکشیدگی رحم کی اندرونی سطح کو بچہ سے اس طرح ملا کر رکھتی ہے جیسے کہ وہ اُس پر ڈھال دی گئی ہو۔ جب پلیسنٹا (مشیمہ) خارج ہو جاتا ہے' تو بازکشیدگی رحمی دیواروں کو باہم ملا دیتی ہے' چنانچہ صرف ایک امکانی کہفہ باقی رہ جاتا ہے۔

بازکشیدگی کے مرضیاتی اثرات کیا ہوتے ہیں' اس کے لئے دیکھو مسدود وضع حمل (صفحہ 438) -

دوران حمل میں انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) بند یا تقریباً بند رہتا ہے۔ اسکی وجہ اس کے مدور ریشوں کا تشنجی یا مستقل انقباض ہے' جیسا کہ دیگر مجوف احشاء کے عاصرہ عضلات میں بھی واقع ہوتا ہے۔

جسم رحم کے عضلی ریشوں کے لے دار انقباضات' کہ جن کے بعد ارتخاء ہوتا ہے' اور جن کے ہمراہ کوئی بازکشیدگی نہیں ہوتی' حمل میں شروع سے آخر تک واقع ہوتے ہیں۔ وہ انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) میں کوئی اتساع نہیں پیدا کرتے۔

انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) کا پرزور اتساع' جسم رحم کا انقباض پیدا کرتا ہے'

اور اس کے برعکس جسم رحم کا انقباض سروکس (عنق) میں اتساع پیدا کرتا ہے۔ اسے "پولیریٹی آف دی یوٹرس" (polarity of the uterus= "رحم کی قطبیت") کہا جاتا ہے۔

وضع حمل کے مراحل۔ وضع حمل کو تین مرحلوں میں تقسیم کیا گیا ہے :—

۱۔ پہلا مرحلہ، یعنی اتساع کا مرحلہ، حقیقی وضع حمل کے عمل کے آغاز سے لے کر آس یوٹرائی (فم رحم) کے مکمل اتساع تک موجود رہتا ہے۔

۲۔ دوسرا مرحلہ، یعنی بچہ کے اخراج کا مرحلہ آس یوٹرائی (فم رحم) کے کامل اتساع سے لے کر بچہ کی ولادت تک قائم رہتا ہے۔

۳۔ تیسرا مرحلہ، بچہ کی ولادت سے لے کر پلیسنٹا (مشیمہ) اور اغشیہ کی ولادت تک قائم رہتا ہے۔

تنبیہی علامات۔ حمل کے آخری دو ہفتوں میں، یا کبھی کبھی ذرا زیادہ پہلے، رحم تھوڑا نیچے اتر آتا ہے۔ اگر مریضہ سانس لینے میں دشواری اور ضیق محسوس کرتی رہی ہو، تو اب وہ زیادہ راحت محسوس کرتی ہے، اور زیادہ آزادی سے سانس لیتی ہے۔ اسے بعض اوقات "لائٹننگ" (lightening= سبکباری) کہتے ہیں۔ اگر آخری دو ہفتوں میں سر حوض میں اتر گیا ہو تو ممکن ہے کہ مثانہ پر رحم کا دباؤ گھٹ جانے کی وجہ سے اسے بار بار پیشاب آنا کم ہو جائے۔ رحم کی مقامیت کی تبدیلی کی سب مریضاؤں کو تو خبر نہیں ہوتی، مگر بہت سی مریضاؤں کو ہو جاتی ہے، چنانچہ بعض ملٹی پیرا (کثیر الولادت زچائیں) اس تبدیلی سے چند ہی دن کے بعد اس امر کو پہچان لیتی ہیں کہ وضع حمل شروع ہونے کا امکان ہے۔

عام طور پر آخری دو تین ہفتوں میں "کاذب" دردیں لگتی ہیں، یعنی وہ دردیں جو حقیقی وضع حمل کی دردیں نہیں ہوتیں۔ ممکن ہے کہ ان کی موجودگی سے زچہ کو یہ خیال ہو کہ وضع حمل شروع ہو گیا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ اس امر کی شناخت کر لے کہ وہ "معمولی خفیف دردیں" ہیں یا "معمولی دردِ شکم" ہے، وضع حمل کی دردیں نہیں ہیں۔ یہ کاذب دردیں، وضع حمل کی حقیقی دردوں سے حسب ذیل طریقہ پر تمیز کی جا سکتی ہیں :—

وضع حمل کی حقیقی دردیں پیٹھ کے نچلے حصہ میں محسوس ہوتی ہیں اور "کاذب"

دردیں پیٹ میں محسوس ہوتی ہیں۔

۲۔ وضع حمل کی حقیقی دردیں باقاعدگی کے ساتھ واقع ہوتی ہیں، اور اگر رحم پر ہاتھ 249
رکھا جائے تو درد کے دوران میں رحم سخت ہوتا معلوم ہوتا ہے۔ "کاذب" دردیں بیقاعدہ وقفوں پر واقع ہوتی ہیں، اور ان کے ساتھ رحم کا سخت ہونا لازمی نہیں ہے۔

۳۔ اگر انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) میں انگلی داخل ہو سکتی ہو، تو وضع حمل کے حقیقی دردیں اغشیہ تنے ہوئے محسوس ہوتے ہیں، لیکن "کاذب" درد کے دوران میں ایسا نہیں ہوتا۔

"کاذب" دردیں اکثر اوقات معدی معائی اختلال سے پیدا ہوتی ہیں اور کسی ملین دوا سے رفع کی جا سکتی ہیں۔

وضع حمل کے امارات۔ وضع حمل شروع ہونے کی تین امارات ہیں:۔

۱۔ دردیں۔ ۲۔ سروکس (عنق) کا اتساع، اور اس کا چھوٹا ہونا۔ ۳۔ شو (show= نمود خون)۔

۱۔ دردیں۔ وضع حمل کی دردیں پہلے پیٹھ میں محسوس ہوتی ہیں، اور کسی قدر باقاعدگی کے ساتھ واقع ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ اوّل اوّل دردوں کے درمیان آدھ آدھ گھنٹے کے طویل وقفے ہوں۔ بعد میں یہ وقفے بتدریج زیادہ چھوٹے ہوتے جاتے ہیں، لیکن دردیں زیادہ طویل اور زوردار ہوتی جاتی ہیں۔ ہر درد بتدریج شروع ہوتا ہے اور جب اپنے زیادہ سے زیادہ شدت کے نقطہ تک پہنچتا ہے، تو پھر بتدریج زائل ہو جاتا ہے۔ دردوں کے دوران میں رحم سخت ہوتا محسوس ہوتا ہے۔

کہا جاتا ہے کہ یہ دردیں غیر اختیاری، قابل امتناع، دودی الحرکت، اور وقفہ دار ہوتی ہیں۔ یہ مریضہ کے اختیار سے باہر ہوتی ہیں، یعنی اس وقت بھی ہوتی ہیں جبکہ وہ بے ہوش ہوتی ہے۔ تاہم جوش سے، یا تیمار دار یا دایہ کو دیکھنے پر جو اضطراب ہوتا ہے اس سے، یا مثانہ یا مستقیم کے تمدد سے، ان دردوں کا امتناع کیا جا سکتا ہے، یا تواتر کم کیا جا سکتا ہے، یا ان کو عارضی طور پر بند کیا جا سکتا ہے۔ نیز مختلف مہیجات مثلاً سروکس (عنق) یا پرینیم (عجان) کے تننے سے، یا گرم حقنہ دینے سے ان کی قوت اور تواتر کو زیادہ کیا جا سکتا ہے۔

یہ امر کہ دردیں وقفہ دار ہوتی ہیں، یعنی ہر انقباض کے بعد ایک زمانہ آرام ہوتا ہے جنین اور ماں دونوں کے لئے پہلے اور دوسرے مرحلوں میں ایک نہایت ضروری چیز ہے۔ دردمیں رحمی دیوار کا دورانِ خون رک جاتا ہے، بلکہ جب رحم مسلسل منقبض ہوتا ہے تو



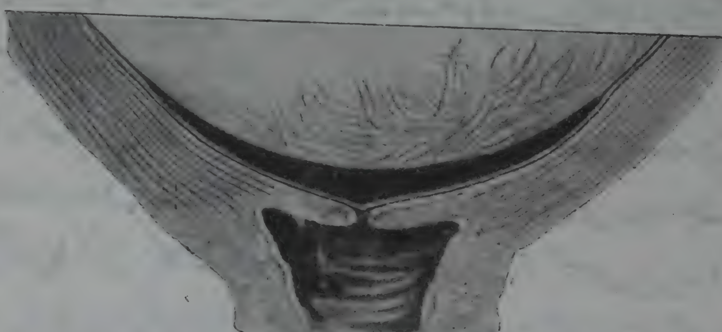
تصویر ۶۵ الف



تصویر ۶۵ ب

سروکس (عنق) کا اوپر سے نیچے کو متسع ہونا۔ اوپر کی تصویر میں سروائیکل (عنقی) قنال اصلی حالت میں ہے۔ نیچے کی تصویر میں انٹرنل آس (اندرونی فم) اور قنال کا بالائی حصہ متسع ہوگیا ہے لیکن قنال کا زیریں حصہ غیر متبدل ہے۔ سروکس (عنق) کا قصر واقع ہوگیا ہے۔

آکسیجن نہ ہونے کی وجہ سے جنین مر جاتا ہے۔ سطح دوسرے مرحلہ میں مسلسل یا تشنجی انقباض ہونا اور اس کے ہمراہ باز کشیدگی واقع ہونا (ایک غیر طبعی حالت جو کسی آئندہ باب میں بیان کی جائیگی) ماں کو خستہ کر دیتا ہے، اور گمان غالب ہے کہ اُس کی نرم بافتوں کو، بوجہ دباؤ کے نقصان



تصویر ۶۶ الف



تصویر ۶۶ ب

سروکس (عنق) کے اتساع کے مزید مدارج۔ اوپر کی تصویر میں ایک سروکس (عنق) کی گگر ہنوز باقی ہے۔
نیچے کی تصویر میں سروائیکل (عنقی) قنال محو ہوگئی ہے۔

پہنچائے۔ دردوں کے درمیان جو وقفے ہوتے ہیں، ان کی وجہ سے پلیسنٹل (مشیمی) دورانِ خون

دوبارہ جاری ہوجاتا ہے جس سے ماں کو انقباض کے خستہ کن اثر سے بحال ہونے کی مہلت مل جاتی ہے۔ 250
یاد رہے کہ رحم ایک بہت بڑا عضلہ ہے، اور طویل مسلسل انقباض سے زچہ کی بہت سی قوت
خرچ ہو جاتی ہے۔

دردوں کا مزید بیان اس وقت تک ملتوی رہے گا جبکہ وضع حمل کے مختلف مراحل
بیان کئے جائیں گے۔

۲۔ سروکس (عنق) کا اتساع اور اس کا قصر۔ جب سروکس (عنق) کا اتساع
زیادہ نہ ہو اور دردوں کے دوران میں انگلی کے ذریعہ غشیہ کی تھیلی کے ابھار کو محسوس نہ کیا
جا سکے، تو سروکس (عنق) کا قصر محفوظ ترین امارت ہے کہ جس پر یہ رائے حصر کی جا سکتی
ہے کہ وضع حمل شروع ہو گیا ہے۔ اس عورت کے سروکس (عنق) میں جس نے پہلے کوئی بچہ
نہیں جنا ہے، وضع حمل کے شروع میں، دبیز دیوار کی ایک قنال ہوتی ہے جو کم سے کم ایک
انچ لمبی ہوتی ہے۔ جب وضع حمل شروع ہوتا ہے، تو انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) کے
گرد کے مدور ریشے مرتخی ہو جاتے ہیں، اور رحم کے طولانی ریشوں کے انقباض اور باز 251
کشیدگی کی وجہ سے انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) کے کنارے ایک دوسرے سے دور ہو جاتے
ہیں، البتہ سروائیکل (عنقی) قنال کا زیریں حصہ پہلے پہلے غیر مبدل رہتا ہے۔ لیکن
جوں ہی کہ انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) کھنچ کر کھل جاتا ہے، تو سروکس (عنق) اوپر سے
نیچے کو متسع ہوتا ہے، اور بتدریج چھوٹا ہو جاتا ہے، یہاں تک کہ آخرکار ویجائنا (مہبل) میں
کوئی ابھار باقی نہیں رہتا، بلکہ اکسٹرنل آس (بیرونی فم رحم) پر کم و بیش صرف ایک دبیز گر
رہ جاتی ہے۔ گویا کل سروکس (عنق) "گم ہو جاتا ہے" اور اس کا کہفہ جسم رحم کے کہفہ سے
مل جاتا ہے۔ سروکس (عنق) کے حقیقی قصر کے بغیر یہ تشخیص کرنا کہ کوئی پرحمی گریویڈا (اولین
حاملہ) وضع حمل کی حالت میں ہے، بیوقوفی ہے (تصویر ۶۵، ۶۶)۔

ان عورتوں میں جن کے بچے ہو چکے ہوں، وضع حمل شروع ہونے سے پہلے اکسٹرنل
آس (بیرونی فم رحم) میں انگلی داخل کی جا سکتی ہے اور بعض اوقات اس کا سرا
انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) میں بھی داخل کیا جا سکتا ہے۔ اس صورت میں درد کے 252
دوران میں غشیہ کی ایک چھوٹی سی تھیلی کا ابھر آنا، اس امر کا ثبوت ہے کہ وضع حمل
شروع ہو گیا ہے۔ اس امر پر کہ سروکس (عنق) کس حالت میں ہے، ہرگز زیادہ زور

نہ دینا چاہیئے۔ بعض اوقات پرمی گریویڈا (اولیں حاملہ عورت) میں بھی، وضع حمل شروع ہونے سے قبل سروکس (عنق) مکمل طور پر گم ہوجاتا ہے۔

۳۔ شو (نمود خون)۔ یہ زیادتی ہے وہ بجائے خود (مہبل) سے مخاطی افرازکی جو سروکس (عنق) سے حاصل ہوتا ہے اور جس میں تھوڑا سا خون ملا ہوتا ہے۔ یہ نہ سمجھنا چاہیئے کہ اس کی عدم موجودگی اس امر کا ثبوت ہے کہ وضع حمل نہیں شروع ہوا۔ جیسے ہی کہ انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) کھینچ کر کھلتا ہے، تو لوئر یوٹرائن سگمینٹ (رحم کے قطعہ اسفل) سے اغشیہ جدا ہوجاتے ہیں اور خون کی ایک اختلاف پذیر مقدار رستی ہے۔

وضع حمل کا پہلا مرحلہ۔ رحم کے انقباضات کا اثر یہ ہوتا ہے کہ عام درون رحمی دباؤ میں اضافہ ہوتا ہے۔ نیز طولانی ریشوں کا انقباض اور بازکشیدگی انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) کو کھینچکر کھول دیتی ہے۔ انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) کے اتساع سے یقیناً اس کے آس پاس ڈسیڈوا (غشاء ساقط) اور کوریان (سلیٰ) کے درمیان علیحدگی پیدا ہوجاتی ہے۔ چنانچہ کوریان (سلیٰ) کے جدا شدہ حصہ سے اور امنیان (امنفس) سے ایک چھوٹی "اغشیہ کی تھیلی" بن جاتی ہے، جس کے اندر لائکر امینیائی (رحل) ہوتا ہے، اور اغشیہ کی یہ تھیلی" درون رحمی دباؤ کی زیادتی کی وجہ سے انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) میں گھس جاتی ہے۔ اغشیہ کی یہ تھیلی سروکس (عنق) کے لیئے بہترین موسّع کا کام دیتی ہے۔ یہ ایک ایسا سیالی فانہ ہے جو سروکس (عنق) میں دور تک گھستا چلا جاتا ہے، اور حالانکہ مادری یا فتول پر عظیم دباؤ ڈالتا ہے تاہم ان کو کوئی نقصان نہیں پہنچاتا جب تک کہ اغشیہ کی تھیلی ثابت رہتی ہے، اس وقت تک ماں یا جنین کو اس دباؤ سے کوئی مضرت نہیں پہنچتی۔ اغشیہ کی تھیلی طبعی طور پر سروکس (عنق) کو یہاں تک متسع کرتی ہے کہ آس یوٹرائی (فم رحم) چوڑائی میں ۳ ½ انچ ہوجاتا ہے۔ اس کے بعد وہ شق ہوجاتی ہے کیونکہ اُسے آس یوٹرائی (فم رحم) کے کناروں کا سہارا نہیں ملتا۔ اگر ورٹکس (قمہ) تقطرہ تق کر رہا ہو، تو وہ لوئر یوٹرائن سگمینٹ (رحم کے قطعہ اسفل) میں بہت اچھی طرح ٹھیک بیٹھتا ہے، چنانچہ سر بحیثیت ایک گولا گواڑی کے کام کرتا ہے اور اغشیہ کی تھیلی پر بہت زیادہ دباؤ نہیں پڑنے پاتا۔ پہلے مرحلہ میں جنین نیچے کی جانب بہت کم حرکت کرتا ہے۔ حقیقت میں درد کے دوران میں رحم زیادہ لانبا ہوجاتا ہے اور اپنے مدور ریشوں کے انقباض کی وجہ سے سیدھا ہوجاتا ہے اور بہ نسبت گلوب نما

ہونے کے زیادہ ناشپاتی کی شکل کا ہو جاتا ہے۔ اسے "فارم رسٹی ٹیوشن فورس (form restitution force = قوت معاودت الشکل)" کہا جاتا ہے۔ اگر ایک معتدبہ جسامت کی اغشیہ کی تھیلی بننے کی وجہ سے رحم سے لائکر امینیائی (رطل) کی ایک خاص مقدار نکل گئی ہو تو دباؤ کی ایک نئی شکل برسرکار آتی ہے یعنی جنینی محوری دباؤ، جو کہ جنین پر رحم کے براہ راست دباؤ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ قوت وضع حمل کے پہلے مرحلہ میں جس درجہ تک کام کرتی ہے، وہ لائکر امینیائی (رطل) کی مقدار کے ساتھ بالواسطہ تناسب رکھتا ہے۔ ہائیڈر امینیاس (کثرت رطل) میں تاوقتیکہ اغشیہ نہ شق ہو جائیں، کوئی جنینی محوری دباؤ وجود میں نہیں آتا۔ جب لائکر امینیائی (رطل) کی قلت ہو گی، تو جنینی محوری دباؤ جلد برسرکار ہو گا۔ بالائی قطب پر جو معمولاً بریچ (سرینول) سے بنتا ہے، رحم کے فنڈس (قعر) کا دباؤ پڑتا ہے، اور زیریں قطب کو جو طبعی طور پر سر سے بنتا ہے، نیچے کی جانب لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (رحم کے قطعہ اسفل) اور سروکس (عنق) کی طرف دبایا جاتا ہے۔ درد کے آغاز میں اغشیہ کی تھیلی کے اندر فرا زیادہ لائکر امینیائی (رطل) گھس جاتا ہے۔ اس کے بعد سر بحیثیت ایک بال ولبو (ball-valve = گولا کواڑی) نیچے آتا ہے، اور اس لائکر امینیائی (رطل) کو جو رحم میں باقی رہ جاتا ہے، تھیلی والے لائکر امینیائی (رطل) سے جدا کرتا ہے۔ یہ دونوں بعض اوقات آفٹر واٹر (after-water = آب آخر) اور فور واٹر (fore-water = آب اول) کہلاتے ہیں۔ جب پریزنٹنگ (تقطریقی) حصہ لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (رحم کے قطعہ اسفل) میں خوب چست نہیں آتا، تو یہ احتمال ہوتا ہے کہ کہیں اغشیہ کی تھیلی، مطوّل اشکل میں جیسی کہ کسی دستانہ کی انگلی کی ہوتی ہے، نیچے نہ چلی جائے اور آس یوٹرائی (فم رحم) کے تکمیل اتساع سے پہلے نہ شق ہو جائے۔ ایسی صورت حالات کسی میلپریزنٹیشن (ناقص تقطریق) یا کانٹر یکٹڈ پیلوس (منقبض حوض) میں پیش آتی ہے۔ 253

پہلے مرحلہ کے ابتدائی حصہ میں درد بہت شدید نہیں ہوتا۔ عام طور سے زچہ کمرہ میں اِدھر اُدھر چلتی پھرتی ہے، اور درد ہر آدھ گھنٹہ یا بیس منٹ کے بعد آتا ہے۔ جب درد شروع ہوتا ہے، تو زچہ دایہ کے کندھوں یا مسہری کے ڈنڈے کا سہارا لے لیتی ہے۔ مگر پہلے مرحلے کے اختتام کے قریب دردیں زچہ کے لئے بہت تکلیف دہ ہوتی ہیں، اور جلد جلد واقع ہوتی ہیں، اور چونکہ اسے کوئی تقدم محسوس نہیں ہوتا لہذا اسے بظاہر کچھ فائدہ نہیں معلوم ہوتا۔ پہلے مرحلہ کے اختتام کے قریب قے ہونا غیر عام نہیں ہے۔ اس مرحلہ کی دردیں

مرحلہ کے اختتام کے قریب تک خالص غیر اختیاری ہوتی ہیں، مریضہ اپنے اختیاری عضلات کا کوئی استعمال نہیں کرتی اس طرح جیسا کہ وہ دوسرے مرحلہ یا اخراج کے مرحلہ میں کرتی ہے۔ کے

بعض اوقات یہ ناممکن ہوتا ہے کہ پہلے مرحلہ کے اختتام اور دوسرے مرحلہ کے آغاز درمیان ٹھیک حد فاصل کھینچی جائے۔ اگر اغشیہ کی تھیلی آس (OS = فم رحم) کا مکمل اتساع ہونے سے پہلے ویجائنا (مہبل) میں نیچے دور تک نکل جائے، تو زچہ کو ایک جسم غریبہ کی موجودگی کا احساس ہوتا ہے، لہذا وہ اپنے اختیاری عضلات کو استعمال کر کے "حزق" کرنا شروع کرتی ہے۔

پہلے مرحلہ کے درد کی وجہ کچھ تو رحمی انقباض کا اینٹھن کا سا درد ہوتا ہے، اور کچھ سروکس (عنق) کا تننا ہوتا ہے۔

اغشیہ کے بہت جلد شق ہونے میں نقصان۔ اگر اغشیہ بہت جلد شق ہو جائیں، تو سیالی فانہ مفقود ہو جاتا ہے، اتساع زیادہ دشوار ہوتا ہے، اور پہلا مرحلہ طویل ہو جاتا ہے۔ کیونکہ تاوقتیکہ طولانی ریشے آس یوٹرائی (فم رحم) کو کھینچ کر کافی طور سے کھول نہ دیں اور سر اندر داخل نہ ہو جائے، آس یوٹرائی (فم رحم) کے اندر کسی ایسی چیز کا جو اسے متسع کرے دباؤ نہیں پڑتا۔ چونکہ لائکر امینیائی (رحل) بہہ جاتا ہے اور بچہ اس سیال کے ذریعہ محفوظ نہیں رہتا، لہذا موخر الذکر رحم سے خطرناک حد تک مضغوط ہو جاتا ہے، بلکہ زیادہ اہم یہ ہے کہ طویل اور مسلسل انقباض اور باز کشیدگی کی وجہ سے، ممکن ہے پلیسنٹا (مشیمہ) کے مادری دوران خون میں مداخلت واقع ہو۔ پھر یہ اندیشہ ہے کہ سر اور سمفسز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے درمیان سروکس (عنق) کا اگلا لب بھنچ جاتا ہے، اور وہ بھنچ زدہ اور دبیز ہو جاتا ہے، اور سر کے 254
آگے بڑھنے میں میکانی رکاوٹ پیدا کرتا ہے۔ جب ایسا واقع ہو تو اگلے لب کو بالائی جانب سرکا کر سر کے سب سے بڑے قطر کے اوپر کر دینا چاہیئے۔ دوسرے مرحلہ میں ایک اور طرح سے بھی تاخیر واقع ہوتی ہے، یعنی سر جنین کے محوری دباؤ کی وجہ سے عقب میں سیکرم (عجز) کی جانب ہٹ جاتا ہے۔

اغشیہ کے بہت دیر میں شق ہونے میں نقصان۔ اگر آس یوٹرائی (فم رحم) کے عرض کا ناپ $3\frac{1}{2}$ انچ ہو اور اغشیہ غیر مشقوق رہیں، تو اخراج کرنے والے دردوں کا آغاز دھیما ہو جاتا ہے، کیونکہ سخت سر کا وہ دباؤ، جس سے رحم میں ہیجان پیدا ہو کر اس کی فعالیت بڑھ جاتی ہے، سروکس (عنق) تک نہیں پہنچنے پاتا۔ ممکن ہے کہ امنیان جو ایک

سخت اور مضبوط غشاء ہوتی ہے، کوریان (سلی) کے اندر سے، جو زیادہ کمزور اور زیادہ آسانی سے پھٹ جاتی ہے، باہر نکل پڑے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ امنیان تو آگے بڑھتی ہے، لیکن کوریان (سلی) اپنی جگہ پر قائم رہتی ہے اور اس طرح امنیان سے جدا ہو جاتی ہے۔ چنانچہ وضع حمل کے تیسرے مرحلہ میں جبکہ امنیان اور پلیسنٹا (مشیمہ) باہر نکل آتے ہیں، اغلب ہے کہ کوریان (سلی) کا کچھ حصہ رحم میں باقی رہ جائے۔ اگر امنیان کا وہ حصہ جو اغشیہ کی تھیلی بناتا ہے، سر کی ولادت ہونے سے پہلے شق نہ ہو، تو ممکن ہے کہ وہ اوپر سے پھٹے، یا بالکل پھٹے ہی نہیں۔ دونوں صورتوں میں سر امنیان کی تھیلی میں لپٹا ہوا پیدا ہوتا ہے۔ اگر کوئی نگرانکار موجود نہ ہو تو یہ صورت جسے بچہ کا کال (caul = قاقیا) میں پیدا ہونا کہتے ہیں، اغتصاص پیدا کرتی، اور بچہ کی موت کا باعث ہوتی ہے۔ اگر امنیان اتنی سخت ہو کہ وہ بالکل شق ہی نہ ہو، تو ممکن ہے کہ جیسے ہی کہ بچہ پیدا ہو پلیسنٹا (مشیمہ) کھنچکر باہر نکل آئے، مگر آٹھویں مہینہ کے آغاز کے بعد ایسا ہونا بہت غیر اغلب ہے۔ اگر پلیسنٹا (مشیمہ) آسانی سے نہ جدا ہو تو رحم ان ورٹڈ (inverted = منکس) ہو جاتا ہے، یعنی اندرونی حصہ بیرونی حصہ بن جاتا ہے۔ اگر اس یوٹرائی (فم رحم) کے مکمل اتساع کے بعد بھی اغشیہ کی تھیلی ثابت رہے، تو کسی درد کے دوران میں اسے نوک انگشت سے دبا کر پھاڑ ڈالنا چاہیے۔

دوسرا مرحلہ۔ جب اغشیہ شق ہو جاتے ہیں اور کچھ لائکر امینیائی (رھل) نکل جاتا ہے، تو قبل اس کے کہ اخراج کرنے والی مثالی دردیں شروع ہوں، عام طور پر ایک مختصر وقفہ واقع ہوتا ہے، گویا رحم اور زیادہ زور آور کوشش کرنے سے قبل اپنے تئیں سنبھالتا ہے۔ لیکن بعض ملٹی پیرا (کثیر الولادت زچاؤں) میں ممکن ہے کہ اغشیہ کے شق ہونے کے بعد بچہ تقریباً فوراً پیدا ہو جائے۔

جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، پہلے مرحلہ میں جنین کا بہت کم نزول ہوا تھا۔ اب سروکس (عنق) اور لوئر یوٹرائن سگمنٹ (رحم کے قطعہ اسفل) کی پیش کردہ مزاحمت زائل ہو جاتی ہے، اور اگر عظمی پیلوس (حوض) طبعی جسامت کا ہو، تو تقریباً یقیناً حصہ پیلوک (حوضی) فرش پر نیچے ڈھکل جاتا ہے۔ پھر پیلوک (حوضی) فرش کی مزاحمت اس طرح مغلوب کی جاتی ہے کہ رحمی انقباضات نیچے کو دباتے ہیں جس میں اختیاری عضلات، یعنی شکمی دیوار کے عضلات

اور ڈایافرام کا عمل مدد دیتا ہے۔

اس وقت جب کہ پیلوک (حوضی) فرش تن رہا ہوتا ہے، پیلوس (حوض) کا کہفہ اُن اعضاء سے، جو معمولاً اس میں رہتے ہیں، جزوی طور پر خالی ہو جاتا ہے۔

پیلوک (حوضی) فرش کو اس نقطہ نظر سے دیکھا جا سکتا ہے کہ وہ دو مثلثوں سے بنیا ہے، ایک اگلا اور ایک پچھلا۔ اگلے مثلث کا قاعدہ یا مثبّت پہلو سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) پر اور اس کا راس سروکس (عنق) کے اگلے حصہ پر ہوتا ہے۔ پچھلے مثلث کا قاعدہ سکرم (عجز) کے زیریں حصہ اور کاکسکس (عصعص) پر ہوتا ہے، اور اس کا راس پرینیم (عجان) کے کنارے پر ہوتا ہے۔ اگلا مثلث اور مثانہ، بالائی جانب کو کھنچ جاتے ہیں، اور سروکس (عنق) کا اگلا لب ہٹ کر انگلی کی پہنچ سے باہر ہو جاتا ہے۔ اگر وضع حمل کے دوسرے مرحلہ میں قاساطیر ڈالنے کی ضرورت پڑے، تو یوریتھرا (مجری البول) کھنچا ہوا پایا جاتا ہے۔ چنانچہ تاوقتیکہ قاساطیر کی نوک سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کی چوٹی سے اوپر کے لیول تک نہ پہنچ لے، مثانہ کے بول تک رسائی نہیں ہوتی۔ سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے اوپر کل کا کل مثانہ نہیں ہوتا، البتہ اس کا نچلا حصہ اتنا پچکا ہوا ہوتا ہے کہ اس میں پیشاب رکھنے کی قابلیت نہیں ہوتی۔ اس درمیان میں پچھلا مثلث اس طرح پر نیچے ڈھکل جاتا ہے کہ مبرز کھل جاتا ہے، ممکن ہے کہ اس کا ناپ پیچھے سے لے کر آگے تک $1\frac{1}{2}$ انچ ہو۔ اس سے ریکٹم (مستقیم) کی اگلی دیوار بہت حد تک منکشف ہو جاتی ہے۔ لوئر یوٹرائن سگمنٹ (رحم کے قطعۂ اسفل) اور سروکس (عنق) کی پچھلی دیوار اتنی نہیں کھنچتی جتنی کہ اگلی دیوار کھنچتی ہے، لہذا یہ تن جاتی ہے اور پتلی ہو جاتی ہے۔ ان دو پیلوک (حوضی) مثلثوں کی حرکت کو دو پھرنیوالے پٹوں کے فعل سے تشبیہ دی گئی ہے، جو پھر کر ایک دوسرے سے علیحدہ ہٹ جاتے ہیں، اور اس طرح ایک چوڑا راستہ پیدا کرتے ہیں، حالانکہ ان کے قاعدوں یا مثبت نقطوں کی کوئی حرکت واقع نہیں ہوتی۔

وضع حمل کے پہلے مرحلہ کی بہ نسبت، دوسرے مرحلہ کی دردیں زیادہ پرزور اور طویل المدت ہوتی ہیں اور اُن کے درمیان وقفے زیادہ چھوٹے ہوتے ہیں۔ دوسرے مرحلہ کے اختتام کے قریب ہر درد ایک منٹ یا زیادہ طویل مدت تک جاری رہتا ہے اور ان کے درمیان دو یا تین منٹوں کا وقفہ ہوتا ہے، اور اختتام پر ممکن ہے کہ دردیں تقریباً مسلسل ہوں۔

دوسرے مرحلہ میں جو درد ہوتا ہے، وہ بہ نسبت اس درد کے جو کہ پہلے مرحلہ میں ہوتا ہے، زیادہ شدید ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جیسے ہی کہ سر پیلوس (حوض) کے اندر سے گزرے، مریضہ ٹانگوں میں اینٹھن کی شکایت کرے جس کی وجہ سیکرل (عجزی) اعصاب پر دباؤ پڑنا ہے۔ پہلے وضع الحملوں میں ولوا (فرج) کے بزور تننے کے باعث حاد درد محسوس ہوتا ہے۔

اِن دردوں کی نوعیت پہلے مرحلہ کی دردوں کی نوعیت سے مختلف ہوتی ہے۔
ممکن ہے کہ جیسے ہی دردیں لگیں، مریضہ چلا اُٹھے، مگر عموماً وہ ایک گہری سانس لیتی ہے، اور پھر اپنی سانس روک لیتی اور اپنے زفیری عضلات کی پوری طاقت سے حرق کرتی ہے، اور اکثر اوقات جیسے ہی کہ درد چلا جاتا ہے وہ پھر چلاتی ہے۔ انتہائی درد کی حالت میں ممکن ہے زفیری کراہنا اور غرانا پایا جائے۔ زفیری یا خارج کرنے والی کوششیں جزوی
طور پر اختیاری ہوتی ہیں، لیکن زیادہ تر معکوس ہوتی ہیں، جو کہ ویجائنا (مہبل) میں ایک 256
غریب جسم کی موجودگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اپنی خارج کرنے والی کوششوں کو مدد پہنچانے کے لئے، زچہ اکثر اوقات اپنے پیروں کو کسی مثبت شے جیسے کہ پلنگ کے ڈنڈے پر ٹیک لیتی ہے، اور ایک تولیہ پر جو کسی مثبت نقطہ سے بندھا ہوتا ہے، اینچا تانی کرتی ہے۔

درد کے دوران میں جنینی ضرباتِ قلب کی رفتار دھیمی ہو جاتی ہے۔ اگر بچہ کے پلیسنٹل (مشیمی) دوران خون پر، یا اس کے سر پر، یا ان دونوں پر دیر تک دباؤ پڑنے سے نقصان نہ پہنچنے لگا ہو، تو ضرباتِ قلب دردوں کے درمیان اپنی طبعی سرعت دوبارہ حاصل کر لیتی ہیں۔

ہر درد کے ساتھ تطریقی حصہ ڈھکل کر پیلوک (حوضی) فرش پر آجاتا ہے، اور اس ساخت کو پھیلاتا ہے اور نیچے کی جانب دباتا ہے۔ مگر پیلوک (حوضی) فرش، دردوں کے درمیانی وقفوں میں، تطریقی حصہ کو اکثر اوقات مسلسل چھوٹے چھوٹے جھٹکے دے کر پھر اوپر ڈھکیل دیتا ہے۔ اب بازکشیدگی ایک اہم حصہ لیتی ہے، یعنی ہر متوالی کانٹریکشن (انقباض) کے بعد یوٹرائن کیویٹی (کہفہ رحم) پہلے کی نسبت کچھ زیادہ چھوٹی ہو جاتی ہے، چنانچہ کسی انقباض سے جو ترقی ہو جاتی ہے، وہ مابعد کے وقفوں میں زائل نہیں ہوتی۔
پرمی گر۔ یوبڈا (اولین حاملہ زچہ) میں سر ولوا (فرج) پر معتدبہ عرصہ تک دکھائی دیتا ہے

قبل اس کے کہ باہر نکلے۔ انجام کار اس کے بہت مرتبہ نیچے ڈھکلنے اور پھر اپنی جگہ پر واپس آنے کے بعد، ایک وقت ایسا آتا ہے جبکہ ایک انقباض کے اختتام پر سر ساکن رہتا ہے اور ولول (فرجی) دہنہ کو متمدد کر دیتا ہے۔ اسے سر کا کرونِنگ (crowning = ظہور تمہ) کہتے ہیں، جس کا مطلب یہ ہے کہ پیلوک (حوضی) فرش اتنا تن گیا ہے کہ اب وہ وقفوں کے دوران میں سر کو اوپر کی جانب نہیں ڈھکیل سکتا۔ ایک اور درد عام طور پر سر کو خارج کر دیتا ہے، جس سے سر سامنے اور زیریں جانب کی سمت میں ظاہر ہوتا ہے۔ متعلم کے لئے یہ جاننا ضروری ہے کہ سر بہت آگے کی جانب جاتا ہے۔ وجہ یہ ہے کہ رحمی اور شکمی عضلات سر کو خاص طور پر نیچے کی جانب دباتے ہیں، اور پیلوک (حوضی) فرش کے عضلات اُسے اوپر کی جانب اور آگے کی جانب دبائے ہوتے ہیں۔ ان دونوں قوتوں کا حاصل زیادہ تر آگے کی جانب ہوتا ہے۔ عظمی پیلوس (حوض) کے اوٹ لیٹ (مخرج) کا محور زیریں جانب اور اگلی جانب ہوتا ہے، اور ہڈیوں کے نیچے کے نرم حصوں کا محور تقریباً براہ راست آگے کی جانب ہوتا ہے۔

جیسے ہی کہ سر پرمی گریویڈا (ایک اولین حاملہ) کی ولوا (فرج) کے اندر سے گزرتا ہے، درد ولول (فرجی) دہنہ کے تننے کی وجہ سے بہت شدید ہوتا ہے، غالباً مریضہ چلا اُٹھتی ہے اور حزق کرنا بند کر دیتی ہے۔ کہا جاتا ہے کہ یہ پرینیم (عجان) کی حفاظت کے لئے سیفٹی ویلو ایکشن (safety-valve action = محافظ کواڑی کا عمل) ہے، کیونکہ سر کے ولول (فرجی) دہنہ سے گزرتے وقت اگرچہ سخت حزق کرے تو پرینیم (عجان) کے پھٹ جانے کا احتمال ہے۔

پہلے وضعات حمل میں ہائمن (hymen = پردۂ بکارت) پچھلی طرف سے پھٹ جاتا ہے، اور فورشٹ (fourchette = قید الشفرتین) ہمیشہ نہیں لیکن اکثر اوقات دریدہ ہو جاتی ہے۔ جس چیز کو "ناگزیر دریدگی" کہا جاتا ہے وہ یہی فورشٹ (قید الشفرتین) کی دریدگی ہے۔

اگر اُس درد سے جو سر کو خارج کرتا ہے، بچہ کا جسم تولد نہ ہو تو عام طور سے یہ دوسرے درد سے تولد ہوتا ہے، جس کے مابعد لائکر امینیائی (رحل) پھوٹ نکلتا ہے جو اکثر اوقات خون آلود ہوتا ہے۔

257 کیپٹ سکسیڈینیم (caput succedaneum = سابیا) ۔عین اس وقت جبکہ باقی کا سر دبا ہوتا ہے‘ سر کا وہ حصہ جو سب سے آگے ہوتا ہے‘ دباؤ سے آزاد ہوتا ہے۔ چنانچہ وریدی امتلا کے نتیجہ کے طور پر اس جلد الراس کے اندر جو سر کے سب سے آگے کے حصہ کو ڈھانکتی ہے‘ پلازما کا ترشح ہوتا ہے اور اس پر ایک تھبجی ورم بن جاتا ہے‘ جسے کیپٹ سکسیڈینیم (caput succedaneum = سابیا) کہتے ہیں۔

ان صورتوں میں جن میں سر لوئر یوٹرائن سگمنٹ (رحم کے قطعہ اسفل) میں اتنا تنگ آتا ہے کہ سر کے نیچے کے اغشیہ کی تھیلی کالائکر امینیائی (رحل)‘ بقیہ لائکر امینیائی (رحل) سے کامل طور پر جدا ہو جاتا ہے‘ ممکن ہے کہ کیپٹ سکسیڈینیم (سابیا) کی تکوین اغشیہ کے شق ہونے سے پہلے ہو جائے۔ لیکن بالعموم کیپٹ سکسیڈینیم (سابیا) جب تک کہ اغشیہ شق نہ ہو جائیں‘ نہیں بنتا۔ اگر یہ اغشیہ کا انشقاق آس یوٹرائی (فم رحم) کے پورے طور پر متسع ہونے سے پہلے ہو جائے‘ تو سر نیچے آس یوٹرائی (فم رحم) میں ڈھکل جاتا ہے‘ اور سارے کا سارا جنین دب جاتا ہے‘ باستثناء سر کے اُس حصہ کے جو آس یوٹرائی (فم رحم) کے اندر سے نکلا ہوا ہوتا ہے۔

زمانہ مابعد میں کیپٹ سکسیڈینیم (سابیا) کی تکوین اس طرح ہوتی ہے کہ سر پیلوس (حوض) میں یا وُلول (فرجی) دہنہ میں کس کے آتا ہو۔اس صورت میں بھی جو حصہ سب سے آگے ہوتا ہے‘ وہ دباؤ سے آزاد ہوتا ہے‘ حالانکہ بقیہ کل جنین دب جاتا ہے۔ دوسرے مرحلہ میں جو کیپٹ سکسیڈینیم (سابیا) بنتا ہے‘ وہ اُس کیپٹ سکسیڈینیم (سابیا) کے مقام سے کہ جو پہلے مرحلہ میں بنتا ہے مختلف مقام رکھتا ہے۔ اس کی وجہ تطریقی حصہ کی خمیدگی اور دوریہ ہے جو کہ بعد میں بیان ہوگی۔ اُن صورتوں میں جن میں سر پر شدید اور طویل دباؤ پڑتا ہے‘ کیپٹ سکسیڈینیم (سابیا) کے اندر پلازما کے علاوہ دموی جسیمے بھی پائے جاتے ہیں۔

کیپٹ سکسیڈینیم (سابیا)‘ بخلاف اس سیفل ہیماٹوما (cephal-hæmatoma = راسی سلعہ دمویہ) کے جو آگے بیان کیا جائے گا‘ ولادت کے بعد جسامت میں نہیں بڑھتا‘ بلکہ چند گھنٹے یا دنوں میں بتدریج غائب ہو جاتا ہے (تصویر 230)۔

اگر کسی دوسرے حصہ مثلاً چہرہ یا برنیچ (سرین) کی تطریق ہو تو سب سے اگلے حصہ پر ایک ورم بنتا ہے جو بالکل کیپٹ سکسیڈینیم (سابیا) سے مشابہ ہوتا ہے۔

مولڈنگ (moulding = انصیاغ)۔ دباؤ سے سر کی شکل میں جو تغیرات پیدا ہوتے ہیں، وہ انصیاغ کہلاتے ہیں۔ قاعدۂ جمجمہ کی ہڈیاں لچکنے کی قابلیت نہیں رکھتیں کیونکہ وہ ایک دوسری سے اس طرح جڑی ہوتی ہیں کہ اُن کے درمیان کوئی حرکت ممکن نہیں ہوتی۔ لیکن کاسۂ سر کی ہڈیوں میں لچکنے کی قابلیت ہوتی ہے کیونکہ اُس کی درزوں کی وجہ سے انفرادی عظام کے درمیان کسیقدر حرکت ہوسکتی ہے۔ پرائٹل (جداری) عظام اور آکسیٹل (قذالی) اور فرانٹل (وجہی) عظام کے لوحی حصے، دباؤ سے جھک سکتے ہیں، لہٰذا پرائٹل (جداری) عظام جب بہت زیادہ دبتے ہیں تو آکسیٹل (قذالی) اور فرانٹل (جبہی) عظام پر متراکب ہوجاتے ہیں، اور چونکہ اگلا پرائٹل (جداری) عظم پچھلے پرائٹل (جداری) عظم کی نسبت کم دبتا ہے لہٰذا یہ بھی اپنے ساتھ کے عظم پر متراکب ہوجاتا ہے۔ اس مولڈنگ (انصیاغ) کے ذریعہ سے جمجمہ کے وہ قطر جن پر سب سے زیادہ دباؤ پڑتا ہے، جسامت میں معتد بہ حد تک گھٹ جاتے ہیں۔

258 **تیسرا مرحلہ**۔ رحم بچہ کے جسم کا تعاقب کرتا ہے، اور بچہ کے اخراج کے بعد فنڈس (قعر) ایک ایسے نقطہ پر پہنچتا ہے جو ناف سے ذرا نیچے ہوتا ہے۔

بالعموم بچہ کے اخراج کے بعد کم سے کم دس یا پندرہ منٹ تک کوئی زوردار دردیں نہیں ہوتیں۔ رحم، جس میں اب صرف پلیسنٹا (مشیمہ) اور اغشیہ ہوتے ہیں، بازکشیدہ رہتا ہے، اور اس میں کوئی واضح انقباضات نہیں ہوتے۔ بعض اوقات مصنوعی تحریک کی عدم موجودگی میں ممکن ہے کہ ایک گھنٹہ تک کوئی فعال انقباض نہ ہو۔ لیکن اگر اس مرحلہ میں رحم پر ہلکا ہاتھ رکھا جائے، تو وہ خفیف لے دار انقباضات محسوس کرتا ہے جو اتنے شدید نہیں ہوتے کہ مریضہ کو محسوس ہوں۔ کچھ عرصہ کے بعد، جو مختلف مثالوں میں مختلف ہوتا ہے، پلیسنٹا (مشیمہ) ویجائنا (مہبل) میں یا بستر پر خارج ہوجاتا ہے۔

چونکہ رحمی دیواریں دبیز ہوجاتی ہیں اور رحم کی اندرونی سطح چھوٹی ہوجاتی ہے، لہٰذا بقیہ اندرونی سطح کے ساتھ ساتھ پلیسنٹل (مشیمی) مقام بھی سکڑتا ہے، حتیٰ کہ وہ ایک ایسے درجہ پر پہنچ جاتا ہے کہ اگر پلیسنٹا (مشیمہ) غیر طبعی طور پر منضم نہ ہو تو علٰحدگی واقع ہونا لازمی ہے۔ ایکسیڈنٹل ہیمرج (اتفاقی نزف) میں (دیکھو صفحہ 467) پہلے مرحلہ میں علٰحدگی واقع ہونے کے لئے صرف اوسط درجہ کی بازکشیدگی کی ضرورت ہے۔ یہ سکڑاؤ پلیسنٹا (مشیمہ) کی

جزوی علٰحدگی کا باعث ہوتا ہے بشرطیکہ پلیسنٹا (مشیمہ) غیر طبعی طور پر منضم نہ ہو۔ چنانچہ پھر جسم
پلیسنٹا (مشیمہ) سے بہ حیثیت ایک جسم غریبہ کے برتاؤ کرتا ہے، اور اُسے ویجائنا (مہبل) میں
دھکیل کر خارج کر دیتا ہے۔ عام طور پر پلیسنٹا (مشیمہ) کی مادری سطح پر خون کے تھکہ کا ایک
تودہ پایا جاتا ہے، اس کی وجہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے مقام کے اُس حصہ سے خون کا رسنا ہے کہ
جہاں سے پلیسنٹا (مشیمہ) پہلے جدا ہوا تھا۔ یہ جریان خون بقیہ پلیسنٹا (مشیمہ) کے جدا
ہونے میں مدد دیتا ہے، مگر اس کی علٰحدگی میں یہ کوئی ایسا سبب نہیں کہ جو ہمیشہ پایا جائے۔
اگر اس وقت جب کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کا ایک حصہ جدا ہو چکا ہو، رحم نامکمل بازکشیدگی کی وجہ سے
ڈھیلا پڑ جائے، تو منکشف شدہ پلیسنٹل (مشیمی) مقام سے نزف واقع ہوتا ہے، اور دوسرا
کانٹریکشن (انقباض) ہونے پر یہ خون، جو رحمی دیوار اور پلیسنٹا (مشیمہ) کے درمیان
بہ گیا ہے، دب کر چپٹا ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رحمی دیوار سے پلیسنٹل (مشیمی)
سطح کا اور زیادہ حصہ جدا ہو جاتا ہے۔ جنینی سطح پر عموماً ایک نقطہ ہوتا ہے جو نال کی انتہا اور
پلیسنٹا (مشیمہ) کے کنارے کے درمیان ہوتا ہے، پلیسنٹا (مشیمہ) کا وہ حصہ جو رحم سے
سب سے پہلے جدا ہوتا ہے یہی نقطہ ہوتا ہے۔ جونہی کہ پلیسنٹا (مشیمہ) خارج ہوتا ہے، یہ
اغشیہ کو اپنے پیچھے کھینچتا ہے، جس میں امنیان (انفس)، باہر اور کوریان (سلٰی) اندر ہوتی
ہے۔ رحمی دیوار سے اغشیہ کی علٰحدگی ڈیسیڈوا (غشا ساقط) کے خط پر ہوتی ہے، چنانچہ ڈیسیڈوا
(غشا ساقط) کا ایک حصہ کوریان (سلٰی) سے لگا ہوا نکل آتا ہے، اور باقیماندہ حصہ رحم میں
رہ جاتا ہے۔ پہلے مرحلہ میں لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (رحم کے قطعہ اسفل) کے بیشتر حصہ سے
اغشیہ جدا ہو چکتے ہیں۔ بچہ کی ولادت کے بعد کیویٹی (کہفہ) کی وسعت میں تخفیف کا نتیجہ
یہ ہوتا ہے کہ اغشیہ میں ڈھیلی شکنیں پڑ جاتی ہیں اور وہ صرف کسی کسی جگہ پر لگے ہوئے رہ
جاتے ہیں۔ عام طور سے جب پلیسنٹا (مشیمہ) خارج ہو جاتا ہے، تو رحمی دیوار سے اغشیہ
کی علٰحدگی مکمل ہو جاتی ہے۔ امنیان (انفس) ایک لوچدار غشا ہے، جو نال کی جڑ میں
مضبوطی سے لگی ہوتی ہے، اور جس کا پلیسنٹا (مشیمہ) کے ساتھ کھنچ آنا یقینی ہے۔ کوریان 259
(سلٰی) پلیسنٹا (مشیمہ) کے کنارے سے چپکی ہوتی ہے، لیکن امنیان (انفس) کے ساتھ اس کا
قریبی تعلق ہوتا ہے، جو وضع حمل کے تیسرے مرحلہ کے نقطہ نظر سے زیادہ اہم ہے۔ اگر کوریان
(سلٰی) اب بھی امنیان (انفس) سے جڑی ہوئی ہو، تو تقریباً یقینی طور پر وہ اس غشا کے کھنچا

کل کی کل باہر نکل آئے گی۔ لیکن جب اغشیہ بڑی دیر سے شق ہوں، تو کوریان (سلی) امنیان (انفس) سے بڑی حد تک جدا ہو چکی ہوتی ہے اور گمان غالب ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کی نسبت ڈسیڈوا (غشاء ساقط) سے اس کا تعلق زیادہ مضبوط ثابت ہوگا، لہٰذا ممکن ہے کہ جب ڈسیڈوا (مشیمہ) اور امنیان (انفس) پیدا ہوں، تو کوریان (سلی) یا اس کا بڑا حصہ باقی رہ جائے۔

جیسے ہی پلیسنٹا (مشیمہ) خارج ہوتا ہے اسی وقت عام طور سے خون پھوٹ پڑتا ہے، جس کی مقدار چند اونس سے زیادہ نہیں ہوتی۔ پلیسنٹا (مشیمہ) کے رحم کی دیوار سے جدا ہو جانے کے بعد اگر رحم اچھی طرح سے بازکشیدہ نہ ہو، تو نزف واقع ہوتا ہے۔ لیکن جیسا کہ عام طور پر ہوتا ہے اگر وہ اچھی طرح بازکشیدہ ہو جائے، تو پلیسنٹا (مشیمہ) کی ولادت کے بعد اتنا ہی ہوتا ہے کہ خون کا خفیف سا رساؤ ہوتا ہے۔ اس صورت میں رحم سخت اور تقریباً جینینی سر کی جسامت کے برابر گول گنبد جیسا محسوس ہوتا ہے، اور رحم کی چوٹی، ناف اور پیوبس (عانہ) کے تقریباً بیچوں بیچ مقام تک پہنچتی ہے۔

طبعی وضع حمل میں خون کی جو اوسط مقدار ضائع ہوتی ہے، وہ نصف پائنٹ کے قریب ضائع ہوتی ہے، یعنی پلیسنٹا (مشیمہ) کی ولادت سے پہلے تقریباً ۴ یا ۵ اونس اور باقی اُس کے ساتھ۔

وضع حمل کی مدت۔ پرمی پیرا (primipara=اولیں ولادت زچہ) میں وضع حمل اوسطاً تقریباً پندرہ تا بیس گھنٹے جاری رہتا ہے۔ ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) میں اوسط وقت سات تا دس گھنٹے شمار کیا جا سکتا ہے۔ پرمی پیرا (اولیں زچاؤں) میں پہلا مرحلہ عموماً تقریباً بارہ سے اٹھارہ گھنٹے تک رہتا ہے، اور سروکس (عنق) کے اتساع میں ان میں، ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) کی نسبت، زیادہ دیر لگتی ہے۔ دوسرے مرحلہ میں پرینیم (عجان) اور ویجائنا (مہبل) کا سوراخ، ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) کی نسبت، پرمی پیرا (اولیں ولادت زچاؤں) میں زیادہ مزاحم ثابت ہوتا ہے۔ اگر اٹھائیس سال کی عمر سے متجاوز پرمی پیرا (اولیں زچائیں) ہوں، تو ان میں جملہ ملائم حصوں سے اور بھی زیادہ مزاحمت کی توقع کی جا سکتی ہے، اور یہ مزاحمت ترقیٔ عمر کے ساتھ زیادہ ہوتی جاتی ہے۔ لیکن چالیس سال کی عمر سے اوپر کی بعض پرمی پیرا (اولیں ولادت زچاؤں) میں

وضع حمل آسانی سے ہوتے ہیں۔ نہایت شاذ و نادر معمر پرمی پیرا (اولیں زچاؤں) میں، یعنی ان عورتوں میں جو پینتیس سال یا اس سے اوپر ہوتی ہیں، ایک مزید دشواری سیکرو کاکسیجیل جائنٹ (sacro-coccygeal joint= عجزی عصعصی مفصل) کی نسبتاً غیر حرکت پذیری ہوتی ہے۔

ممکن ہے کہ بعض ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) میں وضع حمل صرف دو یا تین گھنٹہ جاری رہے۔ یہ بہت غیر عام نہیں ہے کہ ملٹی پیرا (کثیر الولادت عورتوں) میں آس یوٹرائی (فم رحم) کے مکمل اتساع کے بعد دو یا تین دردوں میں بچہ تولد ہو جائے۔

کسی انفرادی مثال میں قیاس آرائی سے بڑھ کر یہ پیش گوئی کرنا کہ وضع حمل کتنی مدت تک جاری رہے گا، بیوقوفی ہے۔

باب بست و ششم

قبالتی تشخیص

بعض اصطلاحات جو جنین کے بارے میں، اور جنین اور رحم کے باہمی تعلق کے بارے میں برتی جاتی ہیں، ان کی توضیح کی ضرورت ہے۔

لائی (lie= افتاد)۔ بچہ کی لائی (افتاد) سے مراد یہ ہے کہ بچہ کا طولی محور، ماں کے طولی محور سے کیا تعلق رکھتا ہے۔ لائی (افتاد) طولی یا ترچھی یا عرضی ہوتی ہے۔

پریزنٹیشن (presentation= تطریق)۔ یہ اس امر پر منحصر ہے کہ بچہ کا کونسا حصہ ہے جو لوئر یوٹرائن سگمینٹ (رحم کے قطعہ اسفل) میں جگہ لیتا ہے اور انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) کے اوپر پڑا ہوتا ہے۔ جب سر لوئر یوٹرائن سگمینٹ (رحم کے قطعہ اسفل) میں موجود ہوتا ہے اور شوکہ پرخمیدہ ہوتا ہے، تو اسے ورٹکس پریزنٹیشن (vertex presentation= قمی تطریق) کہتے ہیں۔ اگر یہ شوکہ پر بسط کردہ ہو تو اسے فیس پریزنٹیشن (face presentation= وجہی تطریق)، اور اگر خمیدگی اور بسط کردگی کے بین بین ہو، تو برو پریزنٹیشن (brow presentation= جبینی تطریق) کہتے ہیں۔ اگر بریچ (سرین) لوئر یوٹرائن سگمینٹ (رحم کے قطعہ اسفل) میں جگہ پاتی ہو، تو بریچ پریزنٹیشن (breech presentation= سرینی تطریق) ہوتی ہے۔ اگر گھٹنہ یا پیر سب سے نیچے ہو تو اسے تطریق کو نی پریزنٹیشن (knee presentation= رکبی تطریق) یا فٹ لنگ پریزنٹیشن (footling presentation=

قدمی تطریق) کہتے ہیں، یہ دونوں بریچ (سرینی) تطریق کے اقسام ہیں۔ اگر بچہ ترچھے طور پر پڑا ہو تو عام طور پر انٹرنل آس (اندرونی فم رحم) پر ایک شانہ ہوتا ہے، اسے شولڈر پریزنٹیشن (shoulder presentation = کتفی تطریق) کہتے ہیں۔

پوزیشن (position = وضع) کی اصطلاح سے مراد یہ ہے کہ بچہ کا ایک خاص حصہ ماں کے اگلے حصے یا پیٹھ سے کیا تعلق رکھتا ہے۔ اگر بچہ کی پیٹھ سامنے کی جانب رخ رکھتی ہو تو کہا جاتا ہے کہ بچہ ڈارسو انٹیریر (dorso-anterior = اگلی پچھلی) وضع میں ہے۔ اور اگر فیس پریزنٹیشن (وجہی تطریق) میں ٹھڈی پیٹھ کی جانب رخ رکھتی ہو، تو اس کو منٹو پوسٹریر (mento-posterior = ذقنی عقبی) وضع بولتے ہیں، وعلیٰ ہذا القیاس۔

ایٹی ٹیوڈ (attitude = انداز)۔ یہ اصطلاح اس امر کی طرف اشارہ کرتی ہے کہ بچہ کے مختلف حصے آپس میں ایک دوسرے سے کیا تعلق رکھتے ہیں۔ اگر پیٹھ، سر، اور اعضاء خمیدہ ہوں، تو کہا جاتا ہے کہ بچہ خمیدگی کے انداز میں ہے، اور اگر بسط شدہ ہوں تو کہا جاتا ہے کہ یہ بسط شدگی کے انداز میں ہے۔ عموماً خمیدگی کا انداز پایا جاتا ہے، اس میں پیٹھ قوس دار ہوتی ہے اور اس کا تحدّب ظہری ہوتا ہے، سر سینہ کی جانب جھکا ہوا ہوتا ہے، رانیں اوپر شکم کی جانب (خمیدہ) ہوتی ہیں، گھٹنے اس طرح مڑے ہوتے ہیں کہ پیر سرینوں کے قریب ہوتے ہیں، اور بازو اور پیش بازو خمیدہ اور سینے پر بندھے ہوئے ہوتے ہیں (تصویر ۶۷)۔

عام طور پر لائی (افتاد) طولی ہوتی ہے، اور عموماً سر تطریق کرتا ہے۔ ۹۶ فی صدی 261
مثالوں میں پورے دن پر بچہ طولی طور پر پڑا ہوتا ہے، اور سر قطعہ رحم کے زیرین حصہ میں ہوتا ہے اور بریچ (سرین)، فنڈس (قعر) میں ہوتی ہے۔ اس کی وجہ یہ پائی جاتی ہے کہ پورے دن پر جنین کو اپنے آپ کو شکل رحم کے متوافق بنانا پڑتا ہے۔ حمل کے ابتدائی مہینوں میں لائکر امینیائی (رحل) نسبتاً زیادہ افراط سے ہوتا ہے، اور جنین آزادی سے تیر سکتا ہے۔ لیکن جوں جوں حمل ترقی پاتا ہے اور جنین کی جسامت بسرعت بڑھتی ہے، لائکر امینیائی (رحل) کی مقدار نسبتاً کم ہوتی جاتی ہے۔ چنانچہ پورے دن پر جنین آزادی سے نہیں تیر سکتا بلکہ اسے اپنے آپ کو شکل رحم کے متوافق بنانا پڑتا ہے۔ جب مکمل خمیدگی کا انداز پایا جاتا ہے تو پوری بریچ (سفلی حصہ) یعنی سرین، معہ رانوں اور پیروں کے ان حصوں کے جو کہ ہم پہلو ہیں، ایک ایسا تودہ بناتے ہیں جو کہ سر کی بہ نسبت زیادہ بڑا ہوتا ہے۔ پورے دن پر یوٹرائن کیویٹی (کہفہ رحم)

ناشپاتی کی شکل کی ہوتی ہے، جس کا بڑا سرا اوپر کو ہوتا ہے، لہذا اس میں جنین بہترین طور پر اسی طرح ٹھیک آسکتا ہے کہ بریچ (سُفلی حصہ) رحم کے بالائی حصہ میں، اور سر زیریں حصہ میں ہو۔

کامل المیعاد وضع حمل کی بہ نسبت، پری میچور (قبل از میعاد) وضع حمل میں غیر راسی تطریقات بہت زیادہ عام ہیں۔ اس کی دو وجوہات ہیں۔ اول تو یہ کہ پری میچور (پیش از میعاد) وضع حمل میں لائکر ایمنیائی (رطل) نسبتاً زیادہ افراط سے ہوتا ہے، اور ثانیاً یہ کہ پورے دن پر پیدا ہونے والے بچوں کی نسبت، پری میچور (قبل المیعاد) بچوں میں سر نسبتاً زیادہ بڑا ہوتا ہے۔



تصویر ۶۷۔
مکمل خمیدگی کا عام ایٹی ٹیوڈ (انداز) لائی (افتاد) طولی ہے۔ ورٹکس (قمہ) تطریق کر رہا ہے۔

اگر پورے دن پر سر غیر متناسب طور پر بڑا ہو، مثلاً جیسا کہ ہائڈروقیفالس (hydro-cephalus= استسقاء الدماغ) میں ہوتا ہے، تو گمان غالب ہے کہ بچہ میں بریچ (سرین) تطریق کرے، کیونکہ کلانی یافتہ سر بریچ (سرینوں) سے بڑا ہونے کی وجہ سے فنڈس (قعر) میں جگہ پاتا ہے، جو کہ رحم کا زیادہ بڑا سرا ہوتا ہے۔

اگر لائکر ایمنیائی (رطل) کی زیادتی ہو [یعنی ہائڈرامنیاس (hydramnios= کثرت رطل) ہو] تو میلپریزنٹیشنز (تطریقات ناقص) کے پیدا ہونے کا احتمال ہے، کیونکہ بچہ آزادانہ اِدھر اُدھر حرکت کر سکتا ہے، اور اُسے اپنے کو یوٹرائن کیویٹی (کہفہ رحم) کے متوافق بنانا نہیں پڑتا۔

262 اگر پیلوس (حوض) منقبض ہو، اور سر بہ آسانی برم (گگر) میں داخل نہ ہو سکتا ہو، تو میلپریزنٹیشن (تطریق ناقص) کے واقع ہونے کا احتمال ہے۔

اگر اختتام حمل کے قریب بچہ ترچھا پڑا ہوا ہو، اور لائکر امینیائی (رحل) کی ایک کثیر مقدار موجود نہ ہو، تو آغاز وضع حمل میں جو یوٹرائن کانٹریکشنز (رحمی انقباضات) ہوتے ہیں، وہ بچہ کی لائی (افتاد) کو ایک طولی لائی (افتاد) میں تبدیل کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اس کا سبب یہ ہے کہ جب رحم منقبض ہوتا ہے، تو وہ زیادہ ناشپاتی شکل کا ہوجاتا ہے، اور اس کی وہ دیواریں جو ڈھیلی ہونے کی حالت میں جنین کے مطابق شکل بدل لیتی ہیں، اب جنین کے دونوں سروں کو دباتی ہیں اور اس کی لائی (افتاد) کو بدلنے کا رجحان رکھتی ہیں۔

جنین کے طولی لائی (افتاد) اختیار کرنے میں جنین کی حرکات بھی اس کی معاون ہوتی ہیں۔ شائد یا بریچ (سرینوں) کی تطریق کے واقع ہونے کا امکان، بہ نسبت زندہ بچہ کے، مردہ بچہ کی صورت میں زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ مردہ بچہ میں حرکات اور عضلی تنش مفقود ہوتی ہے۔

زیادہ عام طور پر بچہ کی پشت، ماں کی پشت کی طرف نہیں بلکہ سامنے کی طرف رُخ رکھتی ہے۔ اس کی بھی وجہ یہی ہے کہ بچہ کو اپنے آپ کو یوٹرائن کیویٹی (کہفۂ رحم) کی شکل کے متوافق بنانا پڑتا ہے۔ یوٹرائن کیویٹی (رحمی کہفہ) ارتخار کے دوران میں، سامنے زیادہ اور پشت کی جانب کم مقعر ہوتی ہے، اس وجہ سے کہ شوکہ کے قطنی حصہ کا تحدّب سامنے کی جانب ہوتا ہے کہ جس پر بچہ پڑا ہوتا ہے۔ جنینی جسم کی تقعیر، مادری شوکہ کے تحدّب پر اس وقت ٹھیک بیٹھتی ہے جب کہ جنین کی پشت سامنے کی جانب ہو۔

اگر جنین کی پشت ماں کی پشت کی طرف ہو، تو دونوں تحدّبات مواصل ہوتے ہیں اور جنین یوٹرائن کیویٹی (کہفۂ رحم) کی شکل میں ٹھیک نہیں بیٹھتا، تاوقتیکہ اس کی پشت اس سے کم خمیدہ نہ ہو کہ جتنی طبعی طور پر ہوتی ہے۔

شوکہ کے زاویتی انحناء میں، اگر زاویہ ظہری خطہ میں زیریں جانب واقع ہو تو لمبر (lumbar= قطنی) شوکہ کا منحنی تبدیل ہوجاتا ہے، چنانچہ مادری شوکہ ایک ایسی سطح پیش کرتا ہے جو سامنے کی جانب مقعر ہوتی ہے۔ اس صورت میں ممکن ہے کہ جنین، مادری شوکہ کے نشیب میں اپنی پشت کرکے لیٹا ہو۔

جن صورتوں میں ماں کی شکمی دیوار کمزور ہوتی ہے [پینڈولس بیلی pendulousbelly= لٹکا ہوا پیٹ] ان میں رحم آگے کی جانب جھک آتا ہے، اور شوکہ سے ملا ہوا نہیں رہتا۔ ان صورتوں میں میلپریزنٹیشنز (تطریقات ناقص) ایک عام امر ہے، کیونکہ جب رحم کو شکمی دیوار کا

کافی سہارا حاصل نہ ہو، تو اس کی شکل بہت کم معیّن ہوتی ہے۔

حامل رحم میں عموماً ایک خفیف دہنا جانبی ترچھاپن ہوتا ہے، یعنی یہ داہنی جانب کو جھکا ہوتا ہے۔ عموماً اس میں داہنی طرف کو ایک تدویر بھی ہوتی ہے، یعنی اس کی اگلی سطح کا رخ خفیف سا داہنی جانب ہوتا ہے۔ چنانچہ یوٹرائن کیویٹی (کہفہ رحم) کا عرضی قطر، اس قطر میں ہوتا ہے کہ جیسے ماں کے شکم کا داہنا ترچھا قطر تصور کیا جاسکتا ہے۔ جب بچہ کی پشت سامنے کو اور بائیں جانب ہوتی ہے تو اس کا اگلا پچھلا قطر اسی قطر میں (اور یہ رحم کا سب سے بڑا قطر ہوتا ہے) مقیم ہوتا ہے۔

263 **شکمی امتحان**۔ شکمی امتحان نہایت اہم ہے، اور اسے ویجائنل (مہبلی) امتحان سے پہلے انجام دینا چاہیئے۔

شکمی امتحان سے حسب ذیل امور معلوم کرنا ممکن ہے:۔

۱۔ لائی (افتاد)، وضع اور پریزنٹیشن (تطریق)۔

۲۔ آیا تطریقی حصہ پیلوس (حوض) میں داخل ہو چکا ہے یا نہیں۔ اس سے تطریقی حصہ اور پیلوک برم (حوضی گگر) کی اضافی جسامتوں کے متعلق ایک اندازہ قائم کیا جاسکتا ہے۔

۳۔ غیر طبعی حالتوں کی موجودگی، جیسے لائکر امینیائی (رحل) کی زیادتی، توام حمل، اور شکمی سلعات۔

۴۔ آیا بچہ زندہ ہے یا نہیں۔

۵۔ بچہ کی جسامت کا کچھ اندازہ کیا جاسکتا ہے یا نہیں۔

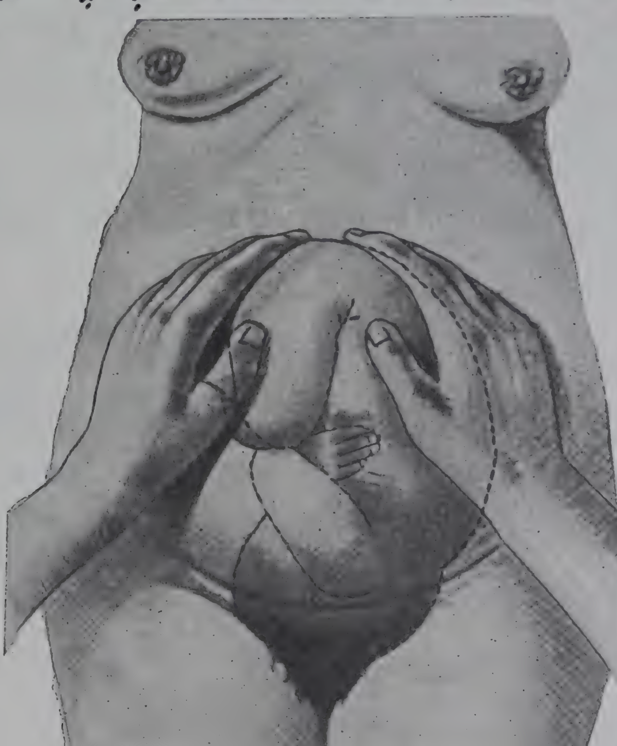
اگر کسی زچہ کو وضع حمل کی ابتدا میں یا وضع حمل شروع ہونے سے قبل دیکھا جائے تو شائد تطریقی حصہ کی تشخیص بذریعہ ویجائنل (مہبلی) امتحان ناممکن ہو۔ بعض صورتوں میں تقریباً یقینی طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ تطریقی حصہ ورٹکس (قمہ) نہیں ہے، لیکن یہ نہیں تمیز کیا جاسکتا کہ آیا وہ چہرہ، بریچ (سرین)، یا شانہ ہے۔ اس مرحلہ پر مذکورہ بالا تشخیص شکمی امتحان کے ذریعہ تقریباً ہمیشہ ہو سکتی ہے، بشرطیکہ زچہ کی شکمی دیواروں میں چربی کی مقدار، یا لائکر امینیائی (رحل) کی مقدار بہت زیادہ نہ ہو۔

زچہ کو پیٹھ کے بل لیٹنا چاہیئے، اس طرح کہ اس کا سر ایک تکیہ پر ہو، اس کا پیٹ ڈھکا ہوا نہ ہو، اور گھٹنے خفیف سے سکڑے ہوئے ہوں۔

امتحان میں دونوں ہاتھوں کی اُنگلیاں استعمال کرنا چاہئیں، اور ان کو شکم پر قریب قریب چپٹا رکھنا چاہیئے۔ اگر شکمی دیوار پتلی ہو تو یہ ٹھیک طور سے معلوم کرنا کہ بچہ کے مختلف حصے کس طرح مرتب ہیں، نہایت آسان ہوتا ہے۔ ان صورتوں میں جن میں شکمی دیواروں میں بہت کافی چربی ہو یا جب زچہ کے شکمی عضلات سخت ہوں تو جس کرنے کی نسبت اگر انگلیوں سے "دبایا جائے" تو اس سے زیادہ معلومات حاصل ہونگی۔ ہاتھ گرم ہونا چاہئیں اور اگر زچہ مضطرب ہو تو اُسے باتوں میں لگانا چاہیئے اور تسلی دینی چاہیئے۔

بہترین یہ ہے کہ شکم کا حسب ذیل طریقہ پر باقاعدہ امتحان کیا جائے:۔

۱۔ پہلے رحم کا خاکہ معلوم کرو، پھر دونوں ہاتھوں سے فنڈس (قعر) کو جس کرو۔ اگر بریچ (سرین) فنڈس (قعر) میں مقیم ہو تو ذرا بیقاعدہ خاکہ کا ایک بڑا جسم محسوس ہوتا ہے، جو اتنا گول یا سخت نہیں ہوتا جتنا کہ سر ہوتا ہے۔ جب انگلیاں پشت پر اوپر سے نیچے کو لائی جاتی ہیں، تو



تصویر ۲۸۶۔ شکمی جس

بریچ (سرین) فنڈس (قعر) میں مقیم ہے۔

برتیچ (سرینوں) اور دھڑ کے درمیان اُن کو کوئی ایسی شے نہیں محسوس ہوتی جو شانوں کے ابھاروں سے متناظر ہو۔ برتیچ (سرین) سے تھوڑی دور اور ذرا زیرین لبول پر ایک گھٹنا یا ایک پیر یا دونوں محسوس کئے جاسکتے ہیں۔

اگر سر فنڈس (قعر) میں مقیم ہو تو ایک تو وہ محسوس ہوگا جو برتیچ (سرینوں) کی نسبت زیادہ سخت، زیادہ گول، زیادہ چکنا اور زیادہ متحرک ہوتا ہے۔ غالباً اگلا شانہ محسوس ہوگا اور سر کو جسم سے الگ حرکت دی جاسکیگی۔ بالعموم سر کے قریب جنین کا کوئی چھوٹا حصہ محسوس
نہیں کیا جاسکتا۔ رحم کے فنڈس (قعر) میں جب سر ہوتا ہے، تو فنڈس (قعر) بہت چھوٹا ہوتا ہے 264
بہ نسبت اس صورت کے جبکہ اس میں برتیچ (سرین) ہوتی ہے (تصویر ۶۸)۔

۲۔ اس کے بعد اطراف شکم کو حِس کرو یہ معلوم کرنے کے لئے کہ پیٹھ کس طرف ہے۔ اگر جنین کی پشت پیچھے کی نسبت زیادہ سامنے کی طرف رخ رکھتی ہو، تو شکم کے ایک جانب ایک چوڑی اور چکنی مزاحم سطح اور دوسری جانب چھوٹی گمڑیاں یا ڈھیلے یعنی جوارح محسوس ہونگے۔ اگر یہ چھوٹے حصے سامنے کل شکم پر محسوس ہوتے ہوں، تو یہ لازمی ہے کہ پشت ایک طرف اور پیچھے کی جانب رُخ رکھتی ہو، چنانچہ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ یہ کس طرف ہے، کوکھ میں زیادہ گہرے حِس کی ضرورت ہوتی ہے۔ امتحان کے اس درجہ میں اس امر کے متعلق بھی کچھ اندازہ کیا جاسکتا ہے کہ لائکر امینیائی (رطل) کی کس قدر مقدار موجود ہے (تصویر ۶۹)۔

۳۔ اس کے بعد ٹھیک پیو بز (عانہ) کے اوپر کرکے، شکم کے زیرین حصہ کو ایک ہاتھ کی انگلیوں اور انگوٹھے سے پکڑو، اس طرح کہ ہاتھ کا کلائی کی جانب کا حصہ نیچے کی جانب ہو۔ اب
طولی لائیز (افتادوں) میں ہاتھ کی گرفت میں سر یا برتیچ (سرین) آئیگی۔ اگر سر برم (ڈگر) کے 265
اوپر ہو، تو اُس کے مختلف حصوں کے معلوم کرنے کی کوشش کرو۔ اگر انگلیاں پشت سے پھسل کر سر کے چکنے حصہ پر آجائیں اور ان کو کوئی ابھار محسوس نہ ہو تو تم جان لو کہ سر خمیدہ ہے اور تم آکسی پٹ (قذال) کو محسوس کر رہے ہو۔ ایسی صورت میں برم (ڈگر) کی دوسری جانب یعنی آکسی پٹ (قذال) کے مقابل پیشانی کو ایک ابھار کی حیثیت سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اگر سر بسط کردہ ہو، تو پشت اور آکسی پٹ (قذال) کے درمیان ایک گہرا میزاب محسوس ہوتا ہے۔ جب رحم کے زیرین حصہ میں برتیچ (سرین) ہوتی ہے، تو یہ ایک تو وہ محسوس ہوتی ہے جو سر کی بہ نسبت زیادہ نرم اور بہت کم معین طور پر مدوّر ہوتا ہے۔ رحم کے زیرین حصہ میں

جب بریچ (سرین) ہوتی ہے، تو یہ زیادہ چوڑا ہوتا ہے، بہ نسبت اس صورت کے جب کہ اس میں سر ہوتا ہے۔

اگر تقدیمی حصہ برم (گگر) کے اوپر ہو تو اسے دونوں ہاتھوں سے دبانا چاہیے یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا اسے برم (گگر) میں داخل کیا جا سکتا ہے کہ نہیں۔ اگر سر برم (گگر) سے اوپر ہو، تو انگوٹھے اور انگلیوں کو سر سے نیچے ملایا جا سکتا ہے۔

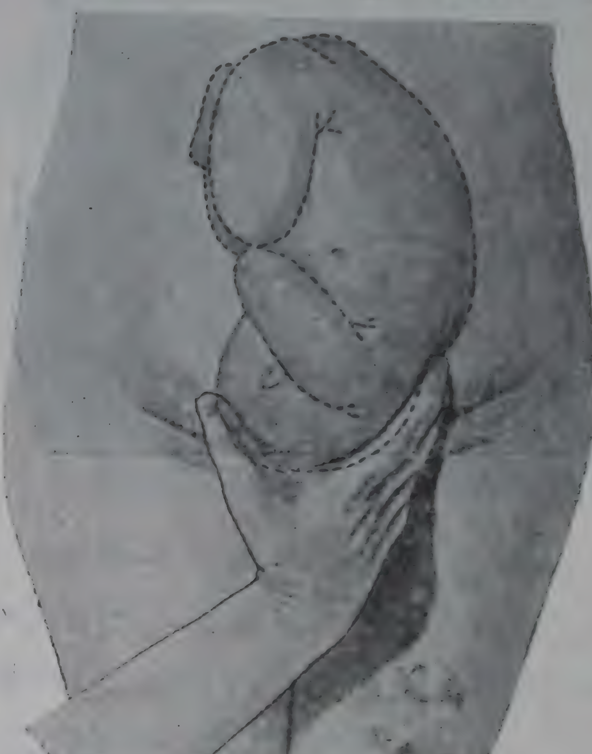


تصویر ۶۹۔ شکمی جس

بائیں طرف پشت محسوس ہوتی ہے جو ایک چوڑی ہموار اور مزاحم سطح ہے، اور دائیں طرف جوارح محسوس ہوتے ہیں جو چھوٹے چھوٹے حرکت پذیر حصے ہیں۔

۴۔ پرمی گریویڈا (اولین حاملہ عورت) میں تقدیمی حصہ عموماً وضع حمل شروع ہونے سے قبل چھتیسویں ہفتہ میں بلکہ اس سے بھی پہلے برم (گگر) میں مرتبط ہو جاتا ہے۔ ایسی صورتوں میں نگران کار کو چاہیے کہ زچہ کے پیروں کی طرف منہ کر کے کھڑا ہو اور اپنی انگلیوں کے

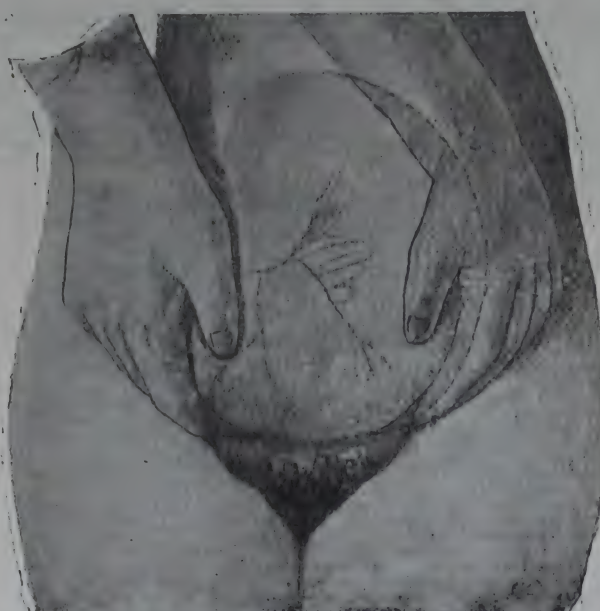
266 سرے پیلوس (حوض) کے پہلوؤں میں گہرے طور پر دبائیے۔ ایک بہترین تدبیر یہ ہے کہ انگلیوں کی نوکوں کو پہلے برم (لگن) کے پہلوؤں پر رکھا جائے، اور پھر انھیں وسطی خط کی جانب لیجایا جائے۔ اس سے تطریقی حصہ ہاتھوں کے درمیان محسوس ہوگا۔ اگر سر تطریق کر رہا ہو تو سر کی ایک جانب دوسری جانب کی نسبت زیادہ نمایاں محسوس ہوگی، یعنی اگر سر خمیدہ ہو تو اس کا اگلا حصہ، اور اگر بسط کردہ ہو تو آکسیپٹ (قذال) زیادہ نمایاں محسوس ہوگا (تصویر ۷۱)۔



تصویر ۷۱۔ شکمی جس۔
سر جو کہ خوب خمیدہ ہے پیلوس (حوض) کی برم (لگن) میں گہرا نہیں گیا، اور اس کو ایک ہاتھ سے جس کیا جا سکتا ہے۔ سر کا مقدم حصہ، موخر حصے سے بہت زیادہ نمایاں ہے۔

اگر جنین عرضی طور پر، یا ذرا ترچھے طور پر پڑا ہوا ہو، تو غالباً سر ایک الیک فوسا (iliac fossa = حرقفی حفرہ) میں، اور بریچ (سرین) دوسری جانب اچھی خاصی بلندی پر محسوس ہوگی (تصویر ۷۲)۔

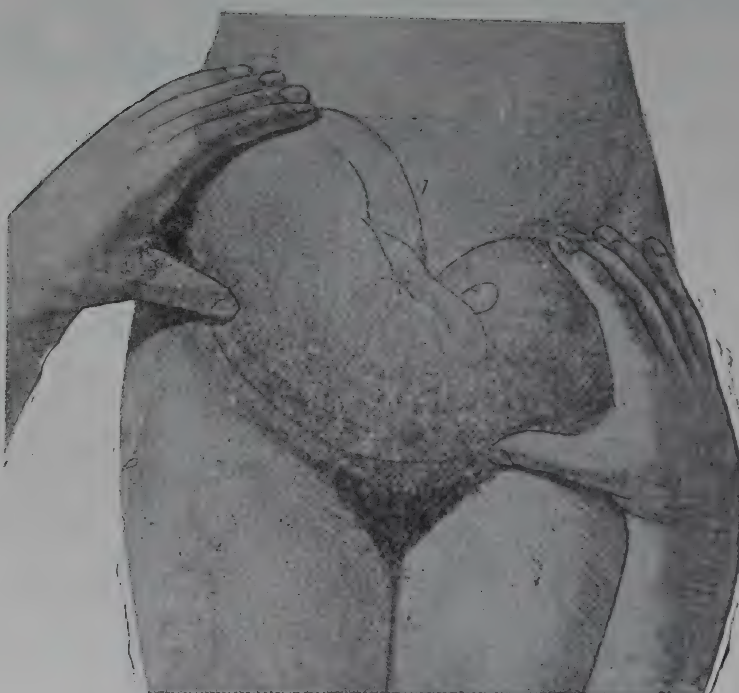
جب دو سر اور دو پشتیں محسوس ہوں تو اس سے توأموں کی موجودگی تشخیص کی جا سکتی ہے۔



تصویر ۱۷ ۔ سر جو کہ خوب خمیدہ ہے، پیلوس (حوض) کی برم (لگر) میں اتنا گہرا گیا ہے کہ اس کو جس نہیں کیا جا سکتا ہے، جس طرح کہ تصویر ۱۰ میں کیا گیا ہے۔ دونوں ہاتھ استعمال کرنے چاہئیں اور انگلیوں کی نوکوں کو پیلوس (حوض) کے اطراف میں گہرا دبانا چاہیئے۔

استماع ۔ پھر جنینی قلب کو سننا چاہیئے۔ یہ ورٹکس (قمی) اور بریچ (سرینی) تطریقات میں جنین کی پشت پر اور وجہی تطریقات میں سینہ پر سنتے سے بہترین سنائی دیتا ہے۔ بعض صورتوں میں اس کو ایک بڑے رقبہ پر سنا جا سکتا ہے، لیکن اعظم تیزی کا نقطہ عموماً 268
حسب ذیل ہوتا ہے۔ اگر کسی ورٹکس (قمی) تطریق میں پشت سامنے اور ایک جانب محسوس ہو تو اسی جانب وسطی خط سے ایک یا دو انچ دور قلب بہترین سنائی دے گا۔ پاؤپارٹز لگامنٹ (Poupart's ligament = پوپارٹ کے رباط) کا نقطۂ وسط لو اور فرض کرو کہ ایک خط اس نقطہ سے لے کر ناف تک کھینچا گیا ہے۔ اس خط کا وسط بہترین

مقام ہے جس پر کہ قلب کو سُنا جا سکتا ہے ۔



تصویر ۲۷ ۔ بشکلی جبّن ۔
جنین ترچھا پڑا ہوا ہے ۔ سر کو ایک فوسا (حرقفی حفرہ) میں محسوس کیا جا سکتا ہے ، اور برنیچ (سرینوں) کو دائیں طرف اس سے بلند تر لیول پر محسوس کیا جا سکتا ہے ۔ ترچھی لائی (افتاد) کی اکثر اصابتوں میں برنیچ (سرین) وسطی خط کے اس سے زیادہ قریب ہوتی ہے کہ جتنے اس تصویر میں ہے ۔

آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضعوں میں ، یعنی اس وقت جب کہ پشت ایک جانب اور پیچھے کی طرف رُخ رکھتی ہو ، وسطی خط سے دور ، اور اکثر اوقات بالکل پہلو میں قلب بہترین سنائی دیتا ہے ۔

ورٹکس (قمی) تطریقات کی بہ نسبت برنیچ (سرینی) تطریقات میں قلب زیادہ بلندی پر یعنی ناف کے لیول پر یا اس سے کچھ اوپر سنائی دیتا ہے ۔ اس کا سبب

یہ ہوتا ہے کہ بریچ (سرین) برم (کگر) کے اندر وضع حمل کے اتنا شروع ہی میں مرتبط نہیں ہوتی جتنا شروع میں کہ ورٹکس (قمہ) مرتبط ہو جاتا ہے، گویا کہ وہ برم (کگر) کے اندر بیٹھنے کے بجائے اس کے اوپر بیٹھتی ہے۔



تصویر ۳۷ ۔ جنینی قلب کا استماع۔
صلیبیں ان مقامات کو ظاہر کرتی ہیں کہ جہاں جنینی قلبی آوازیں علی الترتیب ورٹکس (قمی) اور بریچ (سرینی) تطریقات کی ظہری مقدمی وضعوں میں بہترین سنائی دیتی ہیں۔

وجہی تطریق میں جب پشت بسط کردہ ہوتی ہے، تو جنینی قلب اُسی جانب بہترین سنائی دیتا ہے کہ جدھر جوارح محسوس ہوتے ہیں، یعنی پشت کے اوپر نہیں بلکہ سینہ کے اوپر سننے سے۔

لاشعاعی امتحان۔ کسی دشوار اصابت میں شعاع نگاشت، جنین کی لائی (اقعا) اور تطریق ضرور ظاہر کر دیتی ہے اور ملٹیپل (عدید) حمل کی موجودگی بتا دیتی ہے۔ اس سے

ایک حد تک یہ بھی معلوم ہو جاتا ہے کہ پیلوس (حوض) کی جسامت کیا ہے، اور تطریقی حصہ کس درجہ تک مرتبط ہو چکا ہے۔

ویجائنل (مہبلی) امتحان۔ تطریق کی تشخیص اور پیلوس (حوض) کی جسامت 269
کا اندازہ اینٹی نیٹل (ante-natal = قبل الولادتی) امتحان کے ذریعہ ہی کر لینا چاہیے، تاکہ دوران وضع حمل میں مزید ویجائنل (مہبلی) امتحان کی ضرورت نہ پڑے۔ ویجائنل (مہبلی) امتحان خواہ کیسی ہی احتیاط سے کیوں نہ کیا جائے، ویجائنا (مہبل) کے زیرین حصہ سے سروکس (عنق) کے خطہ تک عضویات پہنچ جانے کا خطرہ ہمیشہ لگا رہتا ہے۔ تاہم اگر اصابت کو پیشتر نہ دیکھا گیا ہو، یا اگر کسی غیر طبعی حالت کا شبہ ہو، تو ویجائنل (مہبلی) امتحان کرنا ضروری ہو جاتا ہے۔ ویجائنل (مہبلی) امتحان سے قبل یہ معائنہ کر لینا چاہیے کہ کوئی ولول (فرجی) ضرر موجود ہے یا نہیں، مثلاً ولول وارٹز (vulval warts = فرجی مسّے) وینیریل السرز (venereal ulcers = زہراوی قروح)، ویریکوس وینز (دوالی نما وریدیں)، یا غیر طبعی رطوبتیں۔ ویجائنا (مہبل) کا امتحان اُتنا ہی باقاعدہ ہونا چاہیے جتنا کہ شکم کا امتحان، چنانچہ حسب ذیل امور کے مشاہدہ کی ضرورت ہے:—

۱۔ ویجائنا (مہبل) کی دیواروں کی کیا حالت ہے۔

۲۔ ریکٹم (معاء مستقیم) اور مثانہ کی کیا حالت ہے۔ آیا یہ خالی ہیں کہ بھرے ہوئے ہیں۔

۳۔ سروکس (عنق) کی کیا حالت ہے اور کس حد تک اس کا اتساع ہوا ہے۔

۴۔ اغشیہ کی کیا حالت ہے، آیا ثابت ہیں یا شق ہو گئے۔

۵۔ امتحان شکم سے جو تطریقی حصہ دریافت ہوا ہو، اس کی شناخت کی تصدیق کرنا، و نیز اس کی وضع کی، اُس کی نقل پذیری کی، اور اس گہرائی کی جس تک وہ اتر چکا ہو، تصدیق کرنا۔

۶۔ اگر تطریقی حصہ بہت زیادہ گہرائی تک نہ اُتر چکا ہو، تو یہ کہ ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) قطر کی جسامت کیا ہے۔

۷۔ آیا امبلائکل کارڈ (سری حبل)، یا کوئی عضو تطریق کر رہا ہے، یا پرولیپڈ (ساقط) ہے۔

۸۔ پیلویس (حوض) کے سلعات کی موجودگی یا عدم موجودگی۔

ہاتھ اور خارجی اعضائے تناسل کو عدیم العفونت کر لینے کے بعد ایک دستانہ پوش ہاتھ اکثر اوقات داہنے ہاتھ کی پہلی انگلی یا پہلی اور دوسری انگلی ویجائنا (مہبل) میں داخل کی جاتی ہیں جس وقت امتحان کیا جاتا ہے مریضہ کو چت یا کروٹ سے لٹا دیا جاتا ہے۔ اس ملک میں دائیں جانبی وضع سب سے زیادہ استعمال کی جاتی ہے۔

انگلی داخل کرنے سے قبل رائٹ لیبیم (right labium= داہنا شفرہ) کو دوسرے ہاتھ سے اٹھا لیا جاتا ہے، تاکہ امتحان کرنے والی انگلی اس وقت تک جب تک کہ یہ ویجائنا (مہبل) کے اندر داخل نہ ہو جائے، کسی چیز سے مس نہ کرے۔ ویجائنا (مہبل) کی دیواروں کی حالت دیکھی جاتی ہے کہ آیا یہ افراز سے نم اور لوبریکیٹڈ (lubricated= مملس) ہیں جیسا کہ طبعی زچگیوں میں ہوتا ہے، یا آیا خشک ہیں جیسا کہ بعض غیر طبعی حالتوں میں ہوتا ہے۔ اگر ریکٹم (مستقیم) براز سے بھری ہوئی ہو تو ریکٹم (مہبل) کی عقبی دیوار ایک تودہ کی وجہ سے آگے کی جانب ابھری ہوئی معلوم ہوگی، جس کو انگلی سے دبانے سے گڑھا پڑتا ہے۔ پھر سروکس (عنق) کا امتحان کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اکسٹرنل آس (خارجی فم رحم) اتنا چھوٹا ہو کہ اس میں انگلی کی نوک بھی نہ جا سکے، یا انگلی تقریباً ایک انچ لانبی دبیز دیواروں والی قنال میں داخل ہو جو انٹرنل آس (داخلی فم رحم) کے مقام پر بند ہو۔ شاید انٹرنل آس (داخلی فم رحم) میں انگلی داخل ہو سکے، اور سروائیکل قنال (عنقی قنال) بھی ہنوز موجود ہو۔ اس کے بعد قنال چھوٹی ہو جاتی ہے حتیٰ کہ صرف اکسٹرنل آس (خارجی فم رحم) رہ جاتا ہے، کیونکہ قنال کلیتہً زائل ہو جاتی ہے۔ جب انٹرنل آس (داخلی فم رحم) میں انگلی جا سکتی ہے تو انٹرنل آس (داخلی فم رحم) کے عرض میں اغشیہ یا تو تنے ہوئے، یا اس میں ابھرے ہوئے محسوس ہوتے ہیں، اور تقطریقی حصہ ان کی وساطت سے محسوس ہوتا ہے۔ اگر اغشیہ شق ہو گئے ہوں، تو بیشتر صورتوں میں تقطریقی حصہ بآسانی محسوس ہوتا ہے، لیکن اگر یہ حصہ ابھی تک برم (لگن) میں داخل نہ ہوا ہو تو وہ بہت اوپر محسوس ہوتا ہے، اور اگر ممتحن کی انگلیاں چھوٹی ہیں تو بالکل محسوس نہیں ہوتا۔ 370

اگر تقطریقی حصہ محسوس ہو، تو شکمی امتحان سے جو تشخیص کی گئی ہے، انگلیوں سے اس کی تصدیق کرنا چاہیئے، کہ آیا ورٹکس (قمہ) کی تقطریق ہے یا کہ برچ (سرین)، چہرہ، جارحہ یا

نشانہ کی ہے۔

اگر ورٹکس (قمہ) تطریق کر رہا ہو، تو انگلیوں کو سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے پیچھے لے جانا چاہیے، اور پھر ان کو خط وسط میں پیچھے کی جانب سرکا کر سر کے اوپر لے جانا چاہیے۔ ایسا کرنے میں ان کو سیجیٹل (سہمی) درز ملیگی جس کا تعاقب کرنا چاہیے حتیٰ کہ ایک فانٹینیل (یافوخ) آجائے۔ اگر اس جگہ تین درزیں ملیں، تو یہ پوسٹیریر فانٹینیل (عقبی یافوخ) ہے اور اگر چار ملیں، تو انٹیریر فانٹینل (اگلا یافوخ) ہے۔ اس کے بعد انگلیاں سیجیٹل (سہمی) درز کے دوسرے سرے کا پتہ لگاتی ہیں، اور دیگر فانٹینلز (یافوخوں) کو محسوس و شناخت کرتی ہیں۔ اگر کسی فانٹینل (یافوخ) پر عظام کا تلے اوپر ہونا محسوس ہو، تو عموماً یہ جگہ پوسٹیریر فانٹینل (عقبی یافوخ) ہوتی ہے۔

اگر معمولی طور پر لمبی انگلیوں سے تطریقی حصہ نیچے سے نہیں محسوس کیا جاسکتا، تو اس کی وجہ یہ ہوگی کہ تطریقی حصہ غیر معمولی بلندی پر ہے، یا یہ کہ شحم کی زیادہ مقدار یا تہیج کی موجودگی کی وجہ سے لیبیا (شفرتین) غیر معمولی طور پر بڑے ہیں۔ اول الذکر حالت میلپریزنٹیشن (تطریق ناقص)، یا کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض)، یا پلیسنٹا پریویا (مشیمہ متقدم)، یا پیلوس (حوض) میں سلعہ کی موجودگی کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ بہرصورت اگر شکمی امتحان سے تطریق کی نوعیت نہ منکشف ہو، تو لازم ہے کہ ایک اینستھیٹک (معدم حس) دیکر کل ہاتھ ویجائنا (مہبل) میں داخل کیا جائے، اور پیلوس (حوض) کا بخوبی استقصا کیا جائے۔

اگر تطریقی حصہ زیادہ گہرائی میں نیچے تک نہیں اترا ہے، تو ہمیشہ ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) قطر کے ناپنے کی کوشش کرنی چاہیے۔ دو انگلیاں استعمال کرنا چاہئیں کیونکہ انگشت شہادت کی نسبت بیچ کی انگلی تقریباً ایک انچ آگے جاسکتی ہے۔ اگر بیچ کی انگلی کا سرا پرامانٹری آف سیکرم (promontary of sacrum= طنف العجز) کو محسوس کر سکے، تو انگشت شہادت کا قاعدہ سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے زیرین کنارے پر دبایا جاتا ہے اور ان کے تماس کی جگہ پر دوسرے ہاتھ کی انگلی بطور نشان رکھی جاتی ہے۔ پھر جب انگلیاں نکالی جاتی ہیں، تو انگشت شہادت کے قاعدہ کے نشان اور بیچ کی انگلی کے سرے کے درمیان پیمائش کرکے ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) قطر کی لمبائی معلوم کیجاسکتی ہے۔ اگر ڈایاگنل کانجوگیٹ (وتری مزدوج) قطر معمولی طول کی ایک انگلی سے ناپا جاسکتا ہو تو پیلوس (حوض) کانٹریکٹڈ (منقبض) ہوگا۔

271

باب بست و ہفتم

سر کی تطریقات

سر کی تطریقوں یعنی قیفالک (راسی) تطریقوں کی تین اقسام ہیں :۔
۱۔ ورٹکس (قمی) تطریقات، جبکہ سر دھڑ کے اوپر خمیدہ ہو۔
۲۔ چہرہ کی تطریقات، جبکہ سر دھڑ پر بسط کردہ ہو۔
۳۔ پیشانی کی تطریقات، جبکہ سر کا انداز خمیدگی اور بسط کردگی کی درمیانی حالت میں ہو۔

ورٹکس (قمی) تطریقات

ورٹکس (قمی) تطریقات، اُن وجوہ کی بنا پر جو صفحہ 261 پر بیان کیے گئے ہیں، وضع حمل کے جملہ واقعات کی ۹۶ فی صدی تعداد میں پائی جاتی ہیں۔ یہ چار قسموں میں تقسیم کی گئی ہیں بلحاظ اس امر کے کہ جنین کی پشت یا آکیپٹ (قذال) کس وضع میں ہے۔

وہ چار وضعیں حسب ذیل ہیں :۔

۱۔ لفٹ آکسیپٹو انٹیریر (left occipito-anterior = چپ قذالی مقدمی) یعنی (L. O. A.)- قذال سامنے کو اور چپ جانب رخ رکھتا ہے۔

۲۔ رائٹ آکسپٹو انٹیریر (right occipito-anterior = راست قذالی مقدمی) یعنی (R. O. A.) قذال سامنے کو اور راست جانب رخ رکھتا ہے۔

۳۔ رائٹ آکسپٹو پوسٹیریر (right occipito-posterior = راست قذالی عقبی) یعنی (R. O. P.) قذال راست جانب وعقب کو رخ رکھتا ہے۔

۴۔ لفٹ آکسپٹو پوسٹیریر (left occipito-posterior = چپ قذالی عقبی) یعنی (L. O. P.) قذال عقب کو اور چپ جانب رخ رکھتا ہے۔

تشخیص وضع اول (L. O. A.)

امتحان شکم۔ بربیچ (سرین) قاعدۂ رحم میں مقیم ہوتی ہے، پشت بائیں طرف اور سامنے محسوس ہوتی ہے، جوارح داہنی جانب معلوم ہوتے ہیں، اور سر پیلوس (حوض) میں معلوم ہوتا ہے، یا مرتخی شکلی دیواروں والی بطنی بیرا (کثیر الولادت عورتوں) میں برم (کگر) پر پایا جاتا ہے اور اس کا سب سے نمایاں حصہ داہنی طرف ہوتا ہے۔ جنینی قلب ناف کے بائیں جانب اور اس کے نیچے بہترین سنائی دیتا ہے۔ (تصویر ۴، الف)۔

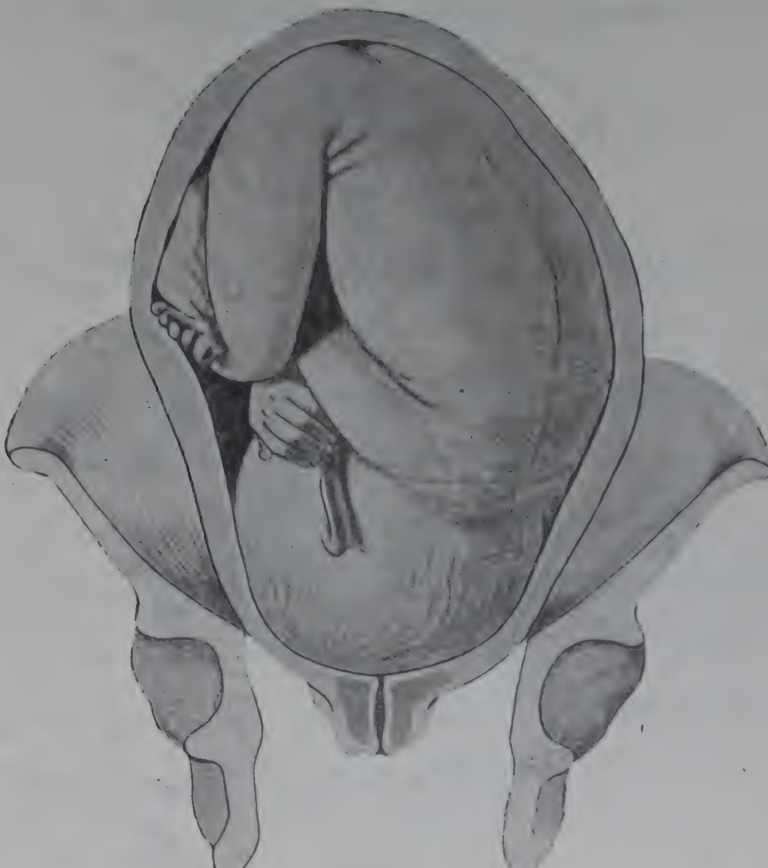
272 وبجائنا (مہبل) کا امتحان۔ سیجیٹل سوچر (sagittal suture = سہمی درز) پیلوس (حوض) کے داہنے ترچھے قطر میں پایا جاتا ہے، چنانچہ پوسٹیریر فانٹینل (عقبی یافوخ) سامنے اور بائیں طرف ہوتا ہے، اور انٹیریر فانٹینل (مقدم یافوخ) بلندی پر پیچھے اور داہنی طرف معلوم ہوتا ہے۔ (تصویر ۴، ب صفحہ 275)۔

تشخیص وضع دوم (R. O. A.)

ورٹکس (قمہ) کی وضع دوم کی تشخیص کے لئے پیراگراف بالا میں لفظ "بائیں" کے بجائے "داہنے" پڑھنا چاہئے اور اسی طرح اس کے برعکس۔ چنانچہ پشت داہنی طرف معلوم ہوتی ہے اور جوارح بائیں طرف وعلیٰ ہذا القیاس (تصویر ۵، الف اور ب)۔

تشخیص وضع سوم (R. O. P.)

شکم کا امتحان - بریچ (سرین) فنڈس (قاعدۂ رحم) میں ہوتی ہے، جو اج رحم کے



تصویر ۲۷ الف -
ورٹکس (قمہ) کی پہلی وضع (L. O. A.)-

273 سامنے کی طرف معلوم ہوتے ہیں، پشت پیچھے اور داہنی طرف پائی جاتی ہے اور اگلی ظہری وضعوں کی نسبت اس وضع میں کم آسانی سے محسوس ہوتی ہے - ایک مقدمی مقام پر جو کہ

پیو بیز (عانہ) اور امبلائکس (umbilicus = ناف) کے درمیان ہے، شانہ کی مزاحمت پائی جائے گی۔ اس وضع میں ایک عقبی مقام پر سر اور جوارح کے درمیان ایک واضح نشیب پایا جائے گا۔ سر پیلوس (حوض) کی برم (لگر) پر محسوس ہوتا ہے اور عموماً اگلی وضعوں کی نسبت اس میں زیادہ بلندی پر ہوتا ہے اور اس کا سب سے نمایاں حصہ بائیں طرف ہوتا ہے۔ جنینی قلب ناف کے بہت داہنی جانب اور اس کے نیچے بہترین سنائی دیتا ہے (تصویر ۷، الف)۔



تصویر ۷، الف۔
ورٹکس (قمہ) کی دوسری وضع (R. O. A.)

ویجائنا (مہبل) کا امتحان۔ سیجیٹل سوچر (sagittal suture = سہمی درز) پیلوس (حوض) کے داہنے ترچھے قطر میں پایا جاتا ہے، پوسٹیر برفانٹینل (عقبی یافوخ) پیچھے اور

داہنی طرف، اور انٹیریر فانٹینل (مقدم یافوخ) سامنے اور بائیں طرف پایا جاتا ہے۔ (تصویر ۷۶ ب صفحہ 275)۔



تصویر ۷۶ الف۔
ورٹکس (قمہ) کی تیسری وضع (R. O. P.)

تشخیص وضع چہارم (L. O. P.)

دو سابقہ پیراگرافوں میں جو لفظ " داہنے " ہے اس کے بجائے " بائیں " پڑھنا چاہیے اور اسی طرح اس کے برعکس (تصویر ۷۷ الف اور ب)۔

اضافی تواتر۔ قمہ کی وضع اول (L. O. A.) سب سے زیادہ عام ہے، اور

اور جملہ واقعات وضع حمل کی ۷۰ فی صدی تعداد میں واقع ہوتی ہے۔
وضع سوم، وضع دوم سے زیادہ عام ہے، اور وضع چہارم سب سے قلیل الوقوع ہے۔

وضع حمل کی میکانیت

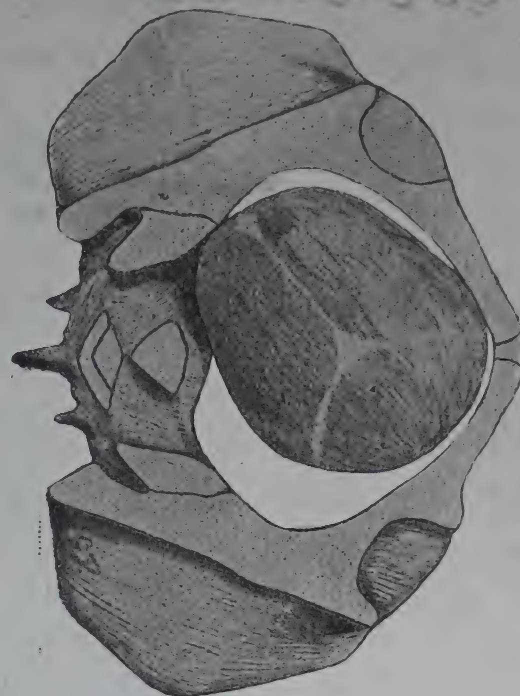
اصطلاح میکانیت سے مراد وہ مسلسل تغیرات ہیں کہ جو تطریقی حصے کے



تصویر ۷، الف۔
ورٹکس (قمہ) کی چوتھی وضع (L. O. P.)

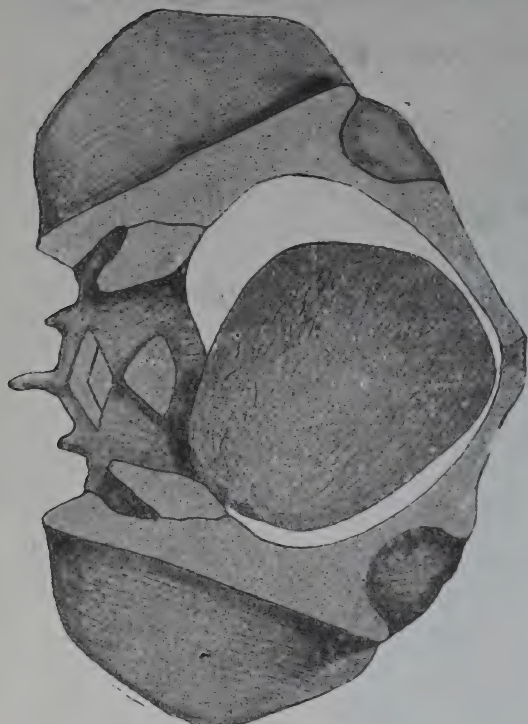
پیلوس (حوض) اور فرش پیلوس (حوض) میں سے گزرتے وقت اُس کی وضع اور انداز میں واقع

L. O. A - ۱



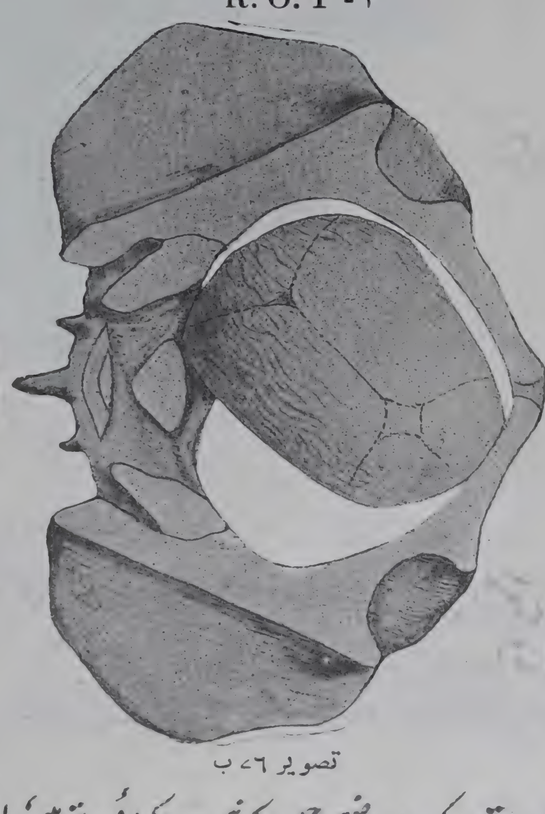
تصویر ۴ ۷ ب

R. O. A - ۲



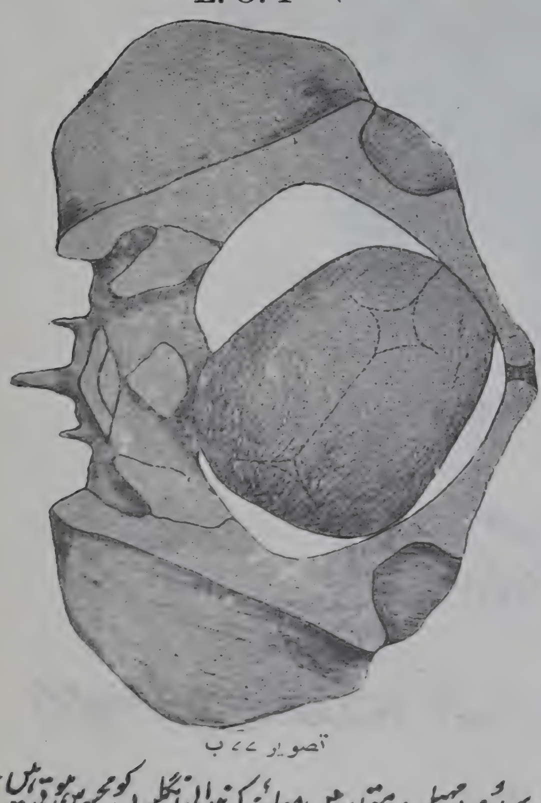
تصویر ۵ ۷ ب

R. O. P - ۳



تصویر ٦ ۷ ب

L. O. P - ۴



تصویر ۷ ۷ ب

ورٹکس (قمہ) کی چاروں وضعیں جیسی کہ نیچے سے دکھائی دیتی ہیں یا ویجائنل (مہبلی) امتحان میں معائنہ کرنیوالی انگلیوں کو محسوس ہوتی ہیں۔

ہوتے ہیں۔ ایک پیلوس (حوض) اور ایک جنین نما پتلے کے ذریعہ، و نیز دوران وضع حمل میں غائر مشاہدہ کے ذریعہ وضع حمل کی میکانیت کا اچھی طرح مطالعہ کرنا چاہئے۔

سر کم و بیش ایک بیضاوی جسم ہے، جو اُس قنال میں جس کے اندر سے وہ ڈھکیلا جاتا ہے، خاصی چستی سے بیٹھتا ہے۔ اِنلیٹ (مدخل) پر عرضی، اور کہفہ میں ترچھا، اور اوٹ لیٹ (مخرج) پر اگلا پچھلا قطر، پیلوس (حوض) کا طویل ترین قطر ہوتا ہے۔ مخرج پر سر کو پیلوک (حوضی) فرش کی وجہ سے دونوں جانب اور پیچھے مزاحمت پیش آتی ہے، لیکن سامنے اسکو ایک کھلی فضا ملتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ باوجودیکہ سر پیلوس (حوض) میں ایک ترچھے قطر میں یا عرضی قطر کے اور کسی ایک ترچھے قطر کے درمیان داخل ہوتا ہے، وہ اپنی کل مسافت کے دوران میں ایک ہی وضع پر نہیں قائم رکھتا، بلکہ سر میں کچھ تدویر ہو جاتی ہے اور اس کے ایٹی چیوڈ (انداز) میں بھی کچھ تغیر ہو جاتا ہے۔ اگر سر اور پیلوس (حوض) دونوں طبعی جسامت کے ہوں، تو وضع حمل کی میکانیت میں عظام پیلوس (حوض) کی بہ نسبت نرم حصے زیادہ شرکت کرتے ہیں۔

276

ورٹکس (قمی) اول (L. O. A.)

اس وقت جب کہ سر اُترتا ہوتا ہے، اُس میں چار حرکات واقع ہوتی ہیں:۔

۱۔ خمیدگی ۲۔ اندرونی تدویر

۳۔ بسط کردگی ۴۔ بیرونی تدویر

خمیدگی۔ چونکہ اس عام حالت خمیدگی میں جو طبعی حالات کے تحت پائی جاتی ہے، سر بھی شرکت کرتا ہے، لہذا یہ وضع حمل شروع ہونے سے پہلے ہی خمیدہ ہوتا ہے لیکن اگر سر کی یہ خمیدگی، طاقت ہائے وضع حمل کے بروئے کار آنے سے قبل مکمل نہ ہو تو وہ اب مکمل ہو جاتی ہے، یعنی سر خمیدہ ہو جاتا ہے، حتیٰ کہ ٹھوڑی سینہ سے مل جاتی ہے اور یہ اس امر کا نتیجہ ہوتا ہے کہ سر لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (رحم کے قطعہ اسفل) اور سروکس (عنق) پر پایا جاتا ہے۔ یہ مکمل خمیدگی کہ جس کی وجہ سے بہ نسبت پیشانی کے اس کی آکسیپٹ (قذال) زیادہ نیچے اُترتی ہے، مندرجہ ذیل اسباب سے پیدا ہوتی ہے:۔

۱- سر کی شکل ۲- راسی برم

سر کی شکل۔ (الف) آکسپٹ (قذال) اور پیشانی قنال کے اطراف پر دبتے ہیں۔ سر کے پچھلے حصہ کی ڈھال اگلے حصہ کی ڈھال سے بہت زیادہ ڈھلوان ہوتی ہے بدیں وجہ پیشانی کی نسبت آکسپٹ (قذال) زیادہ آسانی اور کم رگڑ کے ساتھ نیچے اتر سکتی ہے۔

(ب) جب کوئی بیضاوی الشکل جسم کسی نلی میں دھکیلا جاتا ہے تو وہ نلی کے طویل محور کے ساتھ متوافق ہونے پر مائل ہوتا ہے۔ جب سر کامل طور سے خمیدہ ہو جاتا ہے تو اس کا طویل ترین قطر یعنی ورٹکو مینٹل (vertico-mental = تمی ذقنی)، قنال کے طویل محور میں ہوتا ہے اور اس کا صغیر ترین طولانی قطر یعنی سب آکسپٹو برگمیٹک (suboccipito-bregmatic = زیر قذالی سیمائی) قطر جس کا ناپ ¾۳ انچ ہوتا ہے، قنال کے وارپار ہوتا ہے۔

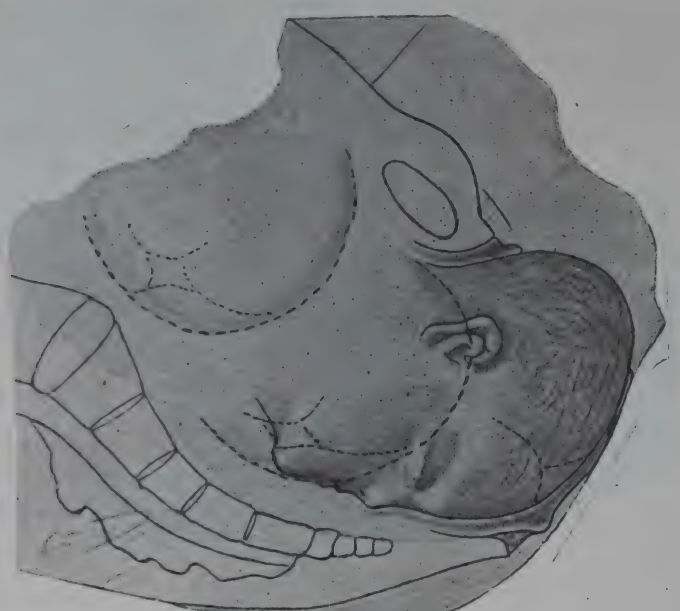
راسی برم۔ جب رحم کا فنڈس (قعر) بریچ (سرینوں) کو دباتا ہے اور جنینی محوری دباؤ جنین پر پڑتا ہے تو راسی برم بروئے کار آتا ہے۔ آکسپٹو سپائنل (occipito-spinal = قذالی شوکی) مفصل پیشانی کی بہ نسبت آکسپٹ (قذال) سے زیادہ قریب ہوتا ہے، لہذا یہ خیال کیا جاسکتا ہے کہ سر ایک برم ہے جو ایک چھوٹا پچھلا بازو اور ایک طویل اگلا بازو رکھتا ہے۔ جب جنین نیچے کو دبتا ہے تو طویل اگلا بازو زیادہ مزاحمت سے دوچار ہوتا ہے اور اسلئے چھوٹے پچھلے بازو کی نسبت اسکے گزر میں زیادہ ابطاء ہوتا ہے، یعنی پیشانی اتنی گہرائی تک نہیں اترتی جہاں تک کہ آکسپٹ (قذال) اتر جاتی ہے۔ تاہم اس راسی برم کی اہمیت میں مبالغہ کیا گیا ہے۔ 277

پیلوس (حوض) میں پیچھے کی بہ نسبت سامنے زیادہ جگہ ہوتی ہے، اس لئے سر کا جو حصہ بھی سامنے ہوگا، وہ زیادہ سرعت سے اترے گا۔ آکسپٹ (قذال) سامنے ہو تو یہ خمیدگی کے لئے موافق ہے، کیونکہ زیادہ بڑی مزاحمت پیچھے ہوتی ہے۔

جب سر برم (دگر) میں مرتبط ہو جاتا ہے، تو سیجیٹل سوچر (سہمی درز) پیلوس (حوض) کے داہنے ترچھے قطر میں پڑا ہوا پایا جاتا ہے۔ مکمل خمیدگی کا اثر یہ ہوتا ہے کہ پوسٹیریر فانٹینل (عقبی یافوخ) جو سامنے اور بائیں طرف ہوتا ہے، اس سے زیادہ زیریں لیول پر آجاتا ہے کہ جتنا انٹیریر فانٹینل (مقدم یافوخ)، جو کہ پیچھے اور داہنے طرف ہوتا ہے۔

اندرونی تدویر۔ جب سر اور نیچے دبتا ہے، تو آکسپٹ (قذال) جو کہ پیشانی کی

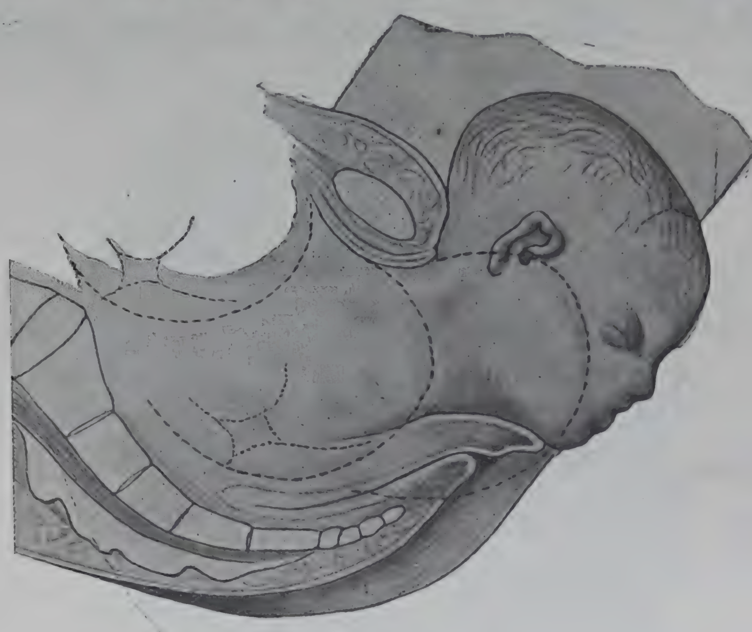
نسبت زیادہ نیچے ہوتی ہے، پیلوک فلور (pelvic floor = فرش حوض) کی متعاومت سے سب سے پہلے دوچار ہوجاتی ہے۔ پیلوک فلور (فرش حوض) کو یہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ یہ دو لیوبیٹر اینائی (levator ani = رافع المبرز عضلات) کے درمیان ایک ڈھلوان نالی ہے جو سامنے سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کے نیچے ایک کھلی جگہ میں چلی جاتی ہے (تصویر ۴۷ ب)۔ جیسے ہی کہ آکسیپٹ (قذال) نیچے ڈھکلتی ہے، یہ پیلوک فلور (فرش حوض) کی مزاحمت سے پرے گھوم جاتی ہے، اور ۱/۸ دائرہ آگے چلتی ہوئی، اور پیلوس (حوض) کی بائیں جانب کے ساتھ ساتھ ہوتی ہوئی، پیوبک آرچ (عانی محراب) کے نیچے کی کھلی جگہ میں چلی جاتی ہے۔ اگر پیلوس (حوض) اور سر دونوں طبعی جسامت کے ہوں، تو اس صورت میں



تصویر ۴۷ ۔ اندرونی تدویر

یہ دیکھا جاتا ہے کہ انٹیریر فانٹینل (مقدمی یافوخ) پہلے دائیں طرف اور پیچھے کو رخ رکھتا ہے، بعد میں جب اندرونی تدویر ہو چکتی ہے تو سیدھا پیچھے کو رخ رکھتا ہے۔ تصویر میں بسط کردگی شروع ہوگئی ہے اور ٹھڈی سینہ سے ہٹ چکی ہے۔

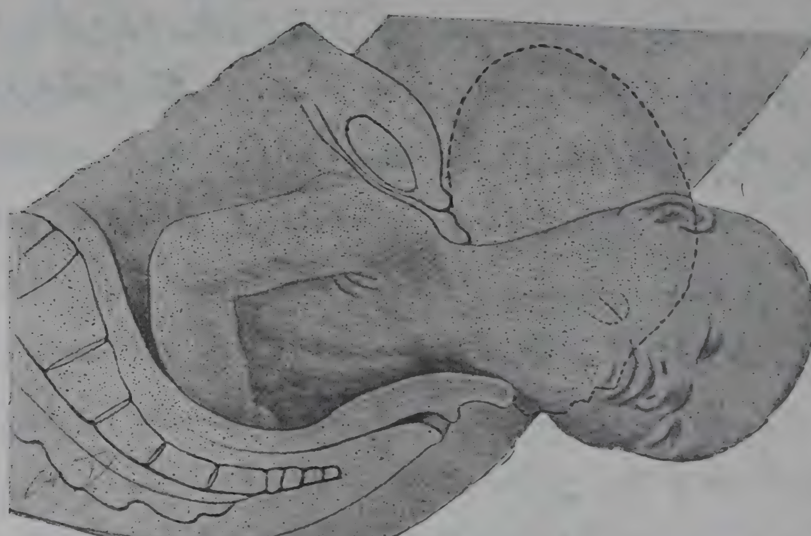
پیلوس (حوض) کی شکل وضع حمل کی میکانیت پر کچھ اثر رکھتی ہے یا نہیں، یہ ایک مشکوک امر ہے۔ 278
بہر کیف یہ دیکھا جائے گا کہ پیلوس (حوض) کا را ئفلنگ (rifling= کہفہ کا رائفل نما ہونا) یعنی اس کا سب سے بڑا قطر برم (لگر) پر عرضی قطر ہوتا اور اوٹ لیٹ (مخرج) پر اگلا پچھلا قطر ہونا، جب میکانیت پر کچھ اثر رکھتا ہے، تو وہ اس طرح تدویر پیدا کرنے پر مائل ہوتا ہے کہ جس طرح نرم حصص پیدا کرتے ہیں۔ چنانچہ سر پیلوس (حوض) میں اس طرح آپڑتا ہے کہ اس کا سیجیٹل سوچر (سہمی درز) پیلوس (حوض) کے اگلے پچھلے قطر میں، آکسیپٹ (قذال) اور پوسٹیریر فانٹینل (عقبی یا فوخ) سامنے سمفزز پیوبس



تصویر ۷۹۔ سر کی بسط کردگی
دیکھا جاتا ہے کہ جب سر ظاہر ہوتا ہے تو آکسیپٹ (قذال) آگے کو اور اوپر کو حرکت کرتی ہے اور سمفزز (ارتفاق) کے اوپر چلی جاتی ہے۔ اور چہرہ اور ٹھوڑی پرینیم (عجان) کے نیچے سے نکل آتے ہیں۔

(ارتفاق عانہ) کے نیچے، پیشانی اور انٹیریر فانٹینل (مقدم یا فوخ) پیچھے سیکرم (عجز) کے نشیب میں، گردن کی گدی سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کی پشت سے ملی ہوئی، اور ٹھوڑی ہنوز سینہ سے متماس ہوتی ہے۔

بسط کردگی ۔ اب سر پر دو قوتوں کا عمل ہوتا ہے ۔ رحمی اور شکمی عضلات اُسے نیچے کی جانب، اور پیلوک فلور (فرش حوض) کے عضلات اُسے اوپر اور آگے کی جانب دباتے ہوتے ہیں ۔ ان قوتوں کا جو حاصل ہوتا ہے وہ آگے کی سمت میں عمل کرتا ہے، کیونکہ زیرین جانب کے اور بالائی جانب کے دباؤ ایک دوسرے کا ازالہ کر دیتے ہیں اور سر کو آگے کی جانب جانا پڑتا ہے ۔ سر بحیثیت مجموعی آگے کی جانب نہیں جا سکتا، کیونکہ گردن کی گدی سمفزز پوبس (ارتفاق عانہ) پر مثبت ہوتی ہے ۔ سر آگے کی جانب ایک ہی طریقہ سے جا سکتا ہے کیونکہ اس کے لئے برتھ قنال (ولادتی قنال) کے منحنی کا تتبع کرنا ضروری ہے ۔ یہ طریقہ بسط کردگی کی



تصویر ۔ ۸ ۔ بیرونی تدویر کی پہلی حرکت
یہ دیکھا جاتا ہے کہ سر تدویر کر گیا ہے اور چہرہ دائیں طرف کو دیکھ رہا ہے، حالانکہ سر کے پیدا ہوتے وقت وہ پیچھے کو دیکھ رہا تھا ۔

حرکت ہے کہ جس میں ٹھوڈی سینہ سے ہٹ جاتی ہے اور آکسیپٹ (قذال)، پیوبک آرچ (محراب عانہ) کے نیچے سے گزر جاتی ہے ۔ آکسیپٹ (قذال) فی الفور آزاد ہو جاتی ہے، پھر ورٹکس (قمہ) ویجائنل اوٹ لیٹ (مہبلی مخرج) کو تانتا ہے، حتیٰ کہ سر باہر نکل جاتا ہے اور ورٹکس (قمہ)

پیشانی، چہرہ، اور ٹھوڑی یکے بعد دیگرے پرینیم (عجان) کے نیچے سے پھسل کر آگے آجاتے ہیں (تصویر ۷۹)۔

بیرونی تدویر۔ اب دو حرکتیں ہوتی ہیں۔ ۱۔ بل کھلنا۔ ۲۔ بیرونی تدویر۔

بل کھلنا۔ جب سر کا سب آکسیپٹو فرانٹل (suboccipito-frontal = زیر قذالی جبہی) قطر پیلوس (حوض) کے داہنے ترچھے قطر میں اترتا ہے، تو شانے پیلوس (حوض) کے بائیں ترچھے قطر میں داخل ہوتے ہیں۔ سر کی اندرونی تدویر واقع ہوتے وقت سر بھی شانوں کے اوپر قدرے بل کھا گیا ہوتا ہے۔ اب جونہی کہ وہ مکمل طور پر تولد ہو جاتا ہے تو ساتھ ہی شانوں کے لحاظ سے اس کی قدرتی وضع دوبارہ قائم ہو جاتی ہے، یعنی آکسیپٹ (قذال) کا رخ گھوم کر ماں کی بائیں ران کی جانب ہو جاتا ہے۔ یہ حرکت جو سر کے آزاد ہوتے ہی فوراً ہوتی ہے اور بعض اوقات تقریباً ایک جھٹکے کیساتھ عمل میں لائی جاتی ہے، رسٹی ٹیوشن (restitution = بل کا کھلنا) کہلاتی ہے، کیونکہ اس سے گردن کا بل کھل جاتا ہے، اور سر کا شانوں سے جو قدرتی تعلق ہے وہ بحال ہو جاتا ہے۔

دوسری حرکت یعنی بیرونی تدویر۔ جیسے ہی کہ شانے نیچے آتے ہیں تو چونکہ بائیں شانہ کی بہ نسبت اگلا داہنا شانہ زیادہ نیچے ہوتا ہے، لہذا دایاں شانہ پیلوک فلور (فرش حوض) کی مزاحمت سے بائیں شانہ کی بہ نسبت پہلے دوچار ہوتا ہے اور گھوم کر سامنے کی خالی جگہ میں چلا جاتا ہے، اسی طرح جیسا کہ آکسیپٹ (قذال) نے کیا تھا۔ شانے اب پیلوس (حوض) کے اگلے پچھلے قطر میں آجاتے ہیں۔ جوں ہی کہ وہ تدویر کرتے ہیں سر بھی اُن کے ساتھ ساتھ تدویر کرتا ہے، اور نیز آکسیپٹ (قذال) اور زیادہ آگے حرکت کر کے ماں کی

279 بائیں ران کی جانب چلی جاتی ہے۔ اس سے سر اسی وضع میں آجاتا ہے کہ جس میں وہ وضع حمل شروع ہونے کے وقت تھا، یعنی چہرہ داہنی جانب اور آکسیپٹ (قذال) بائیں جانب ہوتی ہے (تصویر ۸۰)۔

280 یہ دیکھا جائے گا کہ اندرونی اور بیرونی تدویریں مخالف سمتوں میں ہوتی ہیں چنانچہ وضع حمل کے دوسرے مرحلہ کے آخر میں پشتِ سر بائیں جانب وہی وضع اختیار کر لیتی ہے جو وضع حمل کے شروع میں موجود تھی۔

پھر شانے اس طرح باہر نکلتے ہیں کہ داہنا شانہ پیوبک آرچ (محراب عانی) کے

نیچے سے اور بایاں پرینیم (عجان) کے اوپر سے پھسلتا ہے، بقیہ جسم اس کے پیچھے آتا ہے اور عموماً بلا دقت تولد ہو جاتا ہے، کیونکہ وہ سر یا شانہ دونوں سے چھوٹا ہوتا ہے۔ بازو عموماً سینے پر بندھے ہوتے ہیں اور ہاتھ ٹھڈی کے قریب ہوتے ہیں۔

ورٹکس (قمی) دوم (R. O. A.)

آکسیپٹ (قذال) داہنی طرف اور سامنے کو ہوتی ہے۔ اپنی اندرونی تدویر میں یہ پیلوس (حوض) کے داہنے پہلو کے اگلے حصے سے گنتی ہوئی خط وسط تک پہنچ جاتی ہے۔ بسط کردگی اسی طرح واقع ہوتی ہے کہ جیسا اوپر بیان کیا گیا ہے۔ شانے پیلوس (حوض) کے داہنے ترچھے قطر میں داخل ہوتے ہیں۔ جب سر آزاد ہوتا ہے، تو آکسیپٹ (قذال) گھوم کر ماں کی داہنی ران کی جانب چلی جاتی ہے۔ بایاں شانہ سامنے کی طرف تدویر کرتا ہے، اور ساتھ ہی ساتھ سر بھی مزید گھوم جاتا ہے اس طرح کہ آکسیپٹ (قذال) ماں کی داہنی ران کی جانب ہی رہتی ہے۔

ورٹکس (قمی) سوم و چہارم (R. O. P.) اور (L. O. P)

آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضعوں میں میکانیت کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ آیا:—

۱۔ سر اچھی طرح خمیدہ ہے۔

۲۔ یا نامکمل طور پر خمیدہ ہے۔

سر کا اچھی طرح خمیدہ ہونا۔

میکانیت۔ اگر سر خوب خمیدہ ہو، تو اس وقت جب کہ سر پیلوک فلور (فرش حوض) کی مزاحمت سے دوچار ہوتا ہے، آکسیپٹ (قذال) آگے ہوتی ہے۔ آکسیپٹ (قذال) اس مزاحمت سے بچنے کے لئے بقدر دائرہ کے ۳/۸ حصہ کے، ایک طویل گردش کر کے پیوبک آرچ (محراب عانہ) کے نیچے کی خالی جگہ میں پہنچ جاتی ہے۔

وضع سوم میں آکسیپٹ (قذال) پیچھے اور داہنی طرف ہوتی ہے۔ وہ پیلویس (حوض) کے داہنے پہلو سے لگ کر گردش کرتی ہوئی سامنے کی طرف پہنچ جاتی ہے، اور اس کے ساتھ شانے بائیں ترچھے قطر میں سے گھوم کر داہنے ترچھے قطر میں چلے جاتے ہیں۔ جب سر تولد ہوتا ہے تو بیرونی تدویر کی پہلی حرکت آکسیپٹ (قذال) کو ماں کی داہنی ران کی جانب لے جاتی ہے۔ بایاں شانہ چونکہ مقدم ہوتا ہے، لہٰذا یہ گھوم کر سامنے آجاتا ہے، اور اس کے ساتھ آکسیپٹ (قذال) بھی ماں کی داہنی ران کی طرف مزید حرکت کرتی ہے۔

پس معلوم ہوا کہ وضع سوم کی میکانیت، سر کی طویل گردش ہو جانے کے بعد ہی ہوتی ہے جو وضع دوم میں ہوتی ہے۔ نیز آکسیپٹ (قذال) نکلنے کے بعد داہنی طرف کی وضع اختیار کر لیتی ہے، جو کہ پیلویس (حوض) میں داخل ہونے کے وقت اس کی وضع تھی۔

چوتھی وضع میں آکسیپٹ (قذال) پیلویس (حوض) کے بائیں پہلو سے لگ کر ایک 281
طویل گردش کرتی ہے۔ جیسے ہی کہ سر تولد ہوتا ہے آکسیپٹ (قذال) گردش کر کے ماں کی بائیں ران کی طرف چلی جاتی ہے، اور داہنا شانہ سامنے آجاتا ہے، اور آخری مراحل بالکل وہی ہوتے ہیں جیسے سر کے پہلی وضع میں ہونے پر پائے جاتے ہیں۔

جب یہ سوال کیا جاتا ہے کہ آکسیپٹو پوسٹیریر (قذال عقبی) وضعوں کی بعض مثالوں میں کیوں دقت پیش آتی ہے، تو بہت سے طلباء یہ جواب دیتے ہیں کہ اسکی وجہ یہ ہے کہ چونکہ ان میں آکسیپٹ (قذال) کو ایک طویل تدویر کرنا پڑتی ہے اسی لیئے وضع حمل میں طوالت ہوتی ہے۔ یہ جواب صحیح نہیں ہے کیونکہ اگر سر مکمل طور پر خمیدہ ہو جیسا کہ طویل تدویر کے لئے اسے ہونا چاہیئے، تو وضع حمل میں کوئی تاخیر اور دقت نہیں ہوتی۔ دشواری کی وجہ یہ ہے کہ بعض مثالوں میں خمیدگی نامکمل ہوتی ہے اور اس لئے طبعی طویل تدویر واقع نہیں ہوتی۔

سر کا نامکمل طور پر خمیدہ ہونا۔ جب سر وضع سوم یا چہارم میں ہوتا ہے تو بعض صورتوں میں خمیدگی نامکمل ہوتی ہے۔ اس نامکمل خمیدگی کے دو وجوہ ہیں:-

(الف) جب جنین کی پشت رحم کے سامنے کے حصہ کی طرف ہوتی ہے، اور اس کا شوکہ خمیدہ ہوتا ہے، تو جنین کے جسم کی تقعیر مادری شوکہ کے ابھار پر ٹھیک بیٹھتی ہے۔ ماں کے شکمی عضلات جتنے ہی زیادہ کسے ہوئے ہوں گے، خمیدگی اتنی ہی مکمل ہوگی۔ مگر جب جنین کی پشت مادری شوکہ کی طرف ہوتی ہے، تو دونوں ابھار ایک دوسرے سے متماس ہوتے ہیں۔ اس صورت میں جنین کے شوکہ میں نامکمل طور پر خمیدہ ہونے کا میلان

ہوتا ہے، تاکہ یہ مادری ابھار پر زیادہ ٹھیک طریقہ سے آسکے۔ اس سے سر کی خفیف بسط کردگی پیدا ہوتی ہے۔ ماں کے شکمی عضلات جتنے زیادہ چست ہوتے ہیں، اتنا ہی سر کی خفیف بسط کردگی واقع ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔ چنانچہ آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضعوں میں سر کی ناتکمل خمیدگی سب سے زیادہ عام پرمی گریویڈا (اولین حاملہ عورتوں) میں ہوتی ہے۔

(ب) ہرمان (Herman) نے بتایا ہے کہ جب آکسیپٹ سامنے، اور سیجیٹل سوچر (sagittal suture = سہمی درز) پیلوس (حوض) کے ایک ترچھے قطر میں ہوتا ہے، تو سر کا سب سے بڑا عرضی قطر یعنی بائی پیرائٹل (جداریني) دوسرے ترچھے قطر میں ہوتا ہے۔ مگر جب آکسیپٹ (قذال) کسی ایک ترچھے قطر کے عقبی حصہ میں مقیم ہوتی ہے، تو یہ بائی پیرائٹل (جداریني) قطر دوسرے ترچھے قطر میں نہیں، بلکہ ایک زیادہ چھوٹے قطر میں ہوتا ہے کہ جس میں پرامانٹری آف دی سیکرم (عجز کا طنف) خلل انداز ہوتی ہے۔ اگر سر کو پیلوس (حوض) میں اس وضع میں دبایا جائے اور سر بڑا یا پیلوس (حوض) چھوٹا ہو، تو بائی پیرائٹل (جداریني) قطر کے اترنے میں رکاوٹ ہوتی ہے، اور سر کا اگلا حصہ آکسیپٹ (قذال) کی نسبت زیادہ آسانی سے اترتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سر پیلوس (حوض) میں ناتکمل طور پر خمیدہ داخل ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں اگر سر برم (لگر) کے اوپر ہو، تو ممکن ہے کہ بسط کردگی بڑھتی جائے حتیٰ کہ تطریق چہرہ پیدا ہو جائے۔ لیکن جب سر پیلوس (حوض) میں ناتکمل طور پر خمیدہ داخل ہو چکے، تو مزید بسط کردگی ناممکن ہے، کیونکہ اس سے سر کو پیلوس (حوض) میں اور بھی زیادہ بڑے قطر میں آنا پڑے گا، جو کہ پیلوس (حوض) کے عظام کی جسامت کی وجہ سے نہیں ہونے پاتا۔

اگر خمیدگی ناتکمل ہو، تو بجائے سب آکسیپٹو فرانٹل (suboccipito-frontal= 282
زیر قذالی جبہی) قطر کے جو ۴ انچ ہوتا ہے، یا بجائے سب آکسیپٹو بریگمیٹک (sub-occipito bregmatic = زیر قذالی سیمائی) قطر کے جو ۳¾ انچ ہوتا ہے، سر کے آکسیپٹو فرانٹل (قذالی جبہی) قطر کو پیلوس (حوض) میں سے گزرنا پڑتا ہے جو کہ ۴½ انچ ہوتا ہے۔ نیز آکسیپٹ (قذال) یا پیشانی کافی طور سے آگے نہیں ہوتے کہ تدویر کو متاثر کر سکیں۔ یہ دونوں چیزیں اس امر کی توجیہہ کرتی ہیں کہ کیوں آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضعوں کی

بعض مثالوں میں وضع حمل دشوار اور طویل ہوتا ہے (دیکھو تصویر ۴۵ ب)۔

میکانیزت ان آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضعوں میں جن میں ناکمل خمیدگی ہو۔ جب سر پیلوک فلور (فرش حوض) پر نیچے دبتا ہے، تو سر کا سب سے زیرین حصہ آکسیپٹ (قذال) نہیں ہوتی، کیونکہ اس صورت میں وہ اتنی نیچے نہیں اترتی کہ جتنی تکمل خمیدگی ہونے کی صورت میں وہ اترتی ہے۔

اس صورت میں پیشانی بھی اتنی ہی نیچے ہوتی ہے جتنی کہ آکسیپٹ (قذال)، اور چونکہ یہ پیلوس (حوض) کے ترچھے قطر کے اگلے حصہ پر ہوتی ہے لہذا یہ پیلوک فلور (فرش حوض) کی مزاحمت سے آکسیپٹ (قذال) کی نسبت پہلے دوچار ہوتی ہے۔ چنانچہ پیشانی سامنے پیوبک آرچ (محراب عانہ) کے نیچے خالی جگہ میں چلی جاتی ہے، اور دائرہ کا ⅛ حصہ تدویر کرتی ہے، اور آکسیپٹ (قذال) ایک چھوٹی سی تدویر کرکے عقبی جانب سیکرم (عجز) کے گڑھے میں چلی جاتی ہے۔ طالب علم کے لئے یہ سمجھنا ضروری ہے کہ آکسیپٹ (قذال) کیوں گردش کرکے سیکرم (عجز) کے گڑھے میں چلی جاتی ہے۔ آکسیپٹ (قذال) محض اس وجہ سے پیچھے جاتی ہے کہ پیشانی سامنے چلی جاتی ہے، لہذا اندرونی تدویر میں ضروری حصہ پیشانی ہی کا ہوتا ہے کیونکہ وہ آکسیپٹ (قذال) سے نیچے ہوتی ہے، اور اس لئے پیلوک فلور (فرش حوض) کی مزاحمت سے پہلے دوچار ہوتی ہے۔ اس کے بعد ناک کی جڑ سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) کی پشت پر مثبت ہو جاتی ہے۔ اگر سر طبعی جسامت کا ہو، تو وہ حسب ذیل طریقہ پر تولد ہوگا: گردن کی گدی کے بجائے جیسا کہ طبعی صورتوں میں ہوتا ہے، ناک کی جڑ نقطہ مثبت بن جاتی ہے، اور اس کے گرد سر گھومتا ہے۔ پیلوک فلور (فرش حوض) سر کو آگے ڈھکیلتا ہے جو کہ خمیدگی کی حرکت کے ذریعہ سے تولد ہوتا ہے، پہلے ورٹکس (قمہ) اور اس کے بعد آکسیپٹ (قذال)، باہر آتی ہے۔ جیسے ہی کہ آکسیپٹ (قذال)، پرینیم (عجان) کے نیچے سے نکل آتی ہے، سر بسط کردہ ہو جاتا ہے، پھر پیشانی، چہرہ اور ٹھڈی، پیوبک آرچ (محراب عانہ) کے نیچے سے نکلتے ہیں۔ ولول (فرجی) دہنہ، سب آکسیپٹو فرانٹل (زیر قذالی جبہی) قطر کی بجائے، آکسیپٹو فرانٹل (قذالی جبہی) قطر سے تنتا ہے، چنانچہ پرینیم (عجان) کا شدید انشقاق پیدا ہونے کا احتمال ہے۔

بعض صورتوں میں سر کی وضع ترچھی رہتی ہے، کیونکہ آکسیپٹ (قذال) یا پیشانی

اتنے بیش بیش نہیں ہوتے کہ تدویر کو متاثر کر سکیں۔ ایسی صورتوں میں کوئی تقدم نہیں واقع ہوتا، یعنی سر اور آگے نہیں اترتا، تاوقتیکہ کوئی اعانت نہ کی جائے۔ اگر پیشانی کی تدویر سامنے کی جانب اور آکسیپٹ (قذال) کی پیچھے کی جانب، جیسا کہ اوپر بیان ہوئی ہے، واقع ہو بھی جائے، لیکن سر بڑا اور سخت ہونے کی وجہ سے کافی انصیاغ واقع نہ ہو، یا پیلوس (حوض) طبعی جسامت سے زیادہ چھوٹا ہو، تو ممکن ہے کہ سر طبعی طاقتوں سے تولد نہ ہو سکے (دیکھو صفحہ 298)۔

باب بست و ہشتم 283

وضع حمل کا انصرام

وضع حمل کے انصرام کے متعلق پہلا اصول یہ ہے کہ قبالت کار کو جیسے ہی بلایا جائے اس کو فوراً جانا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ اس کی موجودگی چند گھنٹوں تک غیر ضروری ہو مگر اس بات کا بھروسہ کرنا خطرہ سے خالی نہیں ہے۔ فوراً پہنچنے پر ممکن ہے وہ یہ حالتیں پائے، میلپریزنٹیشن (تطریق ناقص)، کارڈ (حبل) کی تطریق یا پرولیپس (سقوط)، ایک پری ایکلیمپٹک (پیش انتشاجی) مرحلہ یا اگر اس نئے زچہ کو پہلی بار دیکھا ہے تو ایک کانٹریکٹڈ پیلوس (منقبض حوض)۔ جتنا زیادہ جلد یہ کیفیات تشخیص کی جائیں اتنا ہی زیادہ کامیابی کے ساتھ اور آسانی سے ان کا تدارک کیا جا سکتا ہے۔ اگر زچہ کچھ مقدرت رکھتی ہو تو دایہ حسب ذیل چیزیں مہیا کرنے کا انتظام کرتی ہے؛ اینٹی سپٹکز (عفونت کش اشیاء)، عقیم شدہ اوورآل (overall= بالا پوش)، قبالتی چادر، روئی کے پھاہے اور روئی، قاساطیر، مقیاس الحرارت، ناخنوں کا برش، آلہ نطول، حقنہ دینے کی پچکاری، میکنٹاش (Mackintosh) کی چادریں اور کارڈ (حبل) کے لئے عقیم شدہ بندشیں۔ زیادہ غریب طبقہ میں جانا ہو تو قبالت کار کو چاہیئے کہ مذکورہ بالا جملہ چیزیں یا ان میں سے اکثر چیزیں اور ان کے ساتھ اپنے ربر کے دستانے، قبالتی کلاب، سوئیاں، سوزن گیر، قینچی، کیٹ گٹ (catgut) اور سلک ورم گٹ (silkworm gut) کی دو ختیں اور زیر جلدی پچکاری اپنے ساتھ لیتا جائے۔

اور یہ جن کی ضرورت پیش آنے کا سب سے زیادہ امکان ہے یہ ہیں، افیون کا کوئی مرکب، کلورل ہائیڈریٹ (chloral hydrate)، پٹیوٹری ایکسٹریکٹ (pituitary extract= خلاصہ نخامیہ) اور ارگٹ (ergot)۔

عدم عفونت۔ اگر حاملہ عورت کا قبل الولادتی رکھ رکھاؤ اچھی طرح انجام دیا گیا ہو تو قابلۂ کار کو اس امر کے متعلق کوئی سخت تشویش نہ کرنی چاہیئے کہ وضع حمل کامیابی کے ساتھ ہی ختم ہوگا۔ ماں کے لئے سب سے بڑا خطرہ تناسلی خطہ کی سرایت زدگی ہے جس کے لئے نہایت محتاط پیش بندیاں کرنی چاہئیں۔ ایک عقیم جبہ، دستانے، اور ایک نقاب پہننا چاہیئے۔ ویجائنل (مہبلی) امتحان سے حتی الامکان مجتنب رہنا چاہیئے۔ اگر سروکس (عنق) کا درجۂ اتساع یا یہ امر کہ برتھ قنال (ولادتی قنال) میں سر کہاں تک نیچے اترا ہے دریافت کرنیکی ضرورت ہو، تو براہ ریکٹم (مستقیم) بالکل آسانی سے امتحان کیا جاسکتا ہے، جبکہ سروکس (عنق) تک عضویات لے جانے کا خطرہ دور ہو جاتا ہے۔ اس مقصد کے لئے کوئی پرانا دستانہ رکھا جاتا ہے جس کو اس لئے برتا جاتا ہے تاکہ انگلی کے غلیظ ہونے کا اندیشہ جاتا رہے۔

284 **بستر کی ترتیب۔** وضع حمل اور زمانۂ نفاس میں مریضہ کے لئے ایک دوہرے پلنگ کی نسبت ایک اکہرا پلنگ زیادہ سہولت دہ ہوتا ہے۔ میکنٹاش (mackintosh) کی دو چادریں مہیا کرنا چاہئیں جن میں سے ایک چادر تو توشک پر بچھائی جاتی ہے، اور اس چادر پر ایک کمبل بچھایا جاتا ہے۔ دوسری چادر پلنگ کے داہنی جانب اس طرح ترتیب دی جاتی ہے کہ یہ پہلی چادر کے اوپر ہوتی ہے اور کنارے پر سے اس طرح سے لٹکی ہوئی ہوتی ہے کہ ایک فٹ باتھ (footbath= مغسل پا) یا گندے پانی کی بالٹی میں سیلیت ہوتی ہے۔ اگر پلنگ بیچ میں سے ڈھیلا ہو، تو بشرطِ امکان توشک کے نیچے ایک فریکچر بورڈ (fracture board= کسری تختہ) یا ایک میز کا تختہ رکھنا چاہیئے، ورنہ خون اور لائکر امینیائی (رحل) بکشش ثقل بہ کر پلنگ کے وسط میں چلے جانے کا رجحان رکھیں گے اور ایک غیر ضروری الجھن پیدا کردیں گے۔ اگر مریضہ کے مقدور میں ہو تو اوپر کے میکنٹاش پر صاف جاذب روئی کی ایک بڑی گدی رکھنا چاہیئے اور جتنی بار ضرورت ہو اتنی مرتبہ اسے بدلنا چاہیئے۔

زچہ کا لباس۔ بہترین لباس، نائٹ گون (nightgown= شب خوابی کا گون)، پیٹی کوٹ (petticoat= چھوٹا کوٹ) اور ڈریسنگ گون (dressing-gown)

ہے۔ دوسرے اور تیسرے مرحلوں کے درمیان نائٹ گون (شب خوابی گاگون) کو اوپر بغل تک لے جا کر آلپینیں (pins) لگا دی جاتی ہیں جس سے وہ صاف رہتا، اور آلودگی سے بچا رہتا ہے۔ ولوا (فرج)، رانوں، اور سرینوں کو عقیم تولیوں سے ڈھانکنا چاہیئے۔

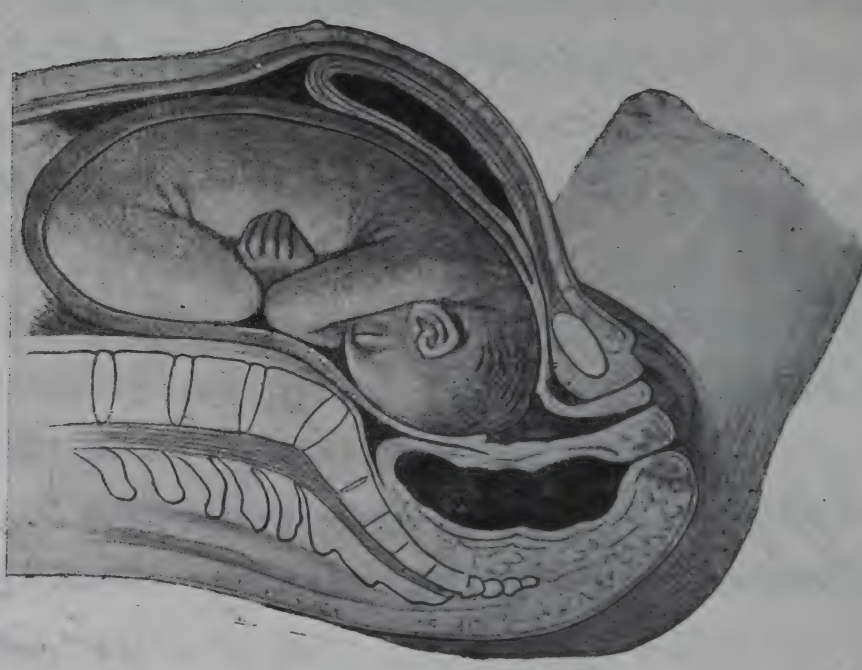
شکمی حس اور استماع کے ذریعہ سے یہ امر تشخیص کیا جاتا ہے کہ قطر میق اور وضع کیا ہے اور آیا قطر یقی حصہ پیلوس (حوض) کی برم (گگر) میں داخل ہو چکا ہے، یا ہنوز اس کے اوپر ہے۔ اگر قطر یقی حصہ اب تک پیلوک برم (حوضی گگر) میں نہ داخل ہوا ہو تو یہ دریافت کرنے کی کوشش کرنا چاہیئے کہ آیا وہ داخل بھی کیا جا سکتا ہے کہ نہیں۔ اگر نگرانکار کے پاس اتنا وقت نہیں ہے کہ وہ زچہ کے پاس غیر معینہ طور پر ٹھیرا رہے تو وہ ویجائنل (مہبلی) یا ریکٹل (مستقیمی) امتحان کرتا ہے یہ دریافت کرنے کے لئے کہ آس (فم رحم) کی کیا جسامت ہے۔ اس کے بعد وہ اس امر کی بناء پر کہ درجۂ اتساع کیا ہے، دردوں کی قوت اور تواتر کتنا ہے، اور اغشیہ کی تھیلی ابھی شق ہوئی کہ نہیں، یہ فیصلہ کرتا ہے کہ آیا اس کا ٹھیرنا ضروری ہے، یا وہ زچہ کو کچھ عرصہ کے لئے بلا خوف و خطر تنہا چھوڑ سکتا ہے۔

ایک طالب علم کب کچھ مدت کے لئے علیحدہ ہو سکتا ہے بغیر اس کے کہ کوئی خطرہ ہو، اس کے معلوم کرنے کے لئے تجربہ کی ضرورت ہے، نیز ہر اصابت کو اپنی خصوصیات کی بناء پر جانچنا ضروری ہے۔ اگر ایک پرمی پیرا (اولین زچہ) میں آس (فم رحم) نصف درجہ سے زیادہ متسع نہ ہو اور اصابت میں کوئی غیر معمولی خصوصیات نہوں، تو طالب علم کچھ وقت کے لئے جا سکتا ہے۔ لیکن ایک ملٹی پیرا (کثیر الولادت زچہ) کی صورت میں اس مرحلہ پر چھوڑ کے جانا خطرہ سے خالی نہیں ہوتا۔ زچہ کی سلامتی اور ڈاکٹر کی نیک نامی کے مدنظر یہ بہت بہتر ہے کہ وہ چند گھنٹے غیر ضروری طور پر ٹھیر جائے، بہ نسبت اس کے کہ جب بچہ پیدا ہو تو وہ غائب ہو۔ اگر زچہ مضطرب الحال (nervous) ہو، بالخصوص جب کہ پہلا وضع حمل ہو، تو ڈاکٹر کو تمام وقت اسی کے کمرہ میں نہ ٹھیرنا چاہیئے بلکہ کہیں نزدیک ٹھیرے رہنا چاہیئے۔

منتہی مرحلہ کا انصرام۔ صابن اور پانی کا ایک حقنہ دینا چاہیئے، اور اگر اس سے زچہ کو صاف اجابت نہ ہو تو ارنڈی کے تیل کی ایک اونس خوراک دینی چاہیئے۔ زچہ ایک گرم غسل لے سکتی ہے، اس کے بعد بیرونی اعضاء تناسلی اور گرد و پیش کی جلد کو اچھی طرح صاف کیا جاتا ہے اور بالوں کو دور کر دیا جاتا ہے۔

پہلے مرحلہ کا انصرام

اگر سب کچھ طبعی پایا جائے تو زچہ سے کہہ دینا چاہئے کہ سب معاملہ درست طور پر ہو رہا ہے۔ بالعموم اسے یہ سننے سے بہت تسلی ہو جاتی ہے کہ ہر چیز "ٹھیک ٹھاک" ہے۔ وضع حمل کی غالب مدت کے متعلق صرف مبہم پیشگوئیاں کرنا چاہیے۔ کسی کے مجبور کرنے پر اس سے کچھ زیادہ کہہ دینا ایک غیر عاقلانہ فعل ہوگا۔



تصویر ۱۸۱۔ وضع حمل میں مثانہ بھرا ہوا ہے۔
جب ہاتھ کو شکم پر اوپر سے نیچے کو پھیرا جاتا ہے تو ایک حید محسوس ہوتا ہے جو کہ تشخیصی غلطی کا ایک کثیر الوقوع سبب ہے۔

اگر ورٹکس (قمہ) تطریق کر رہا ہو اور آکسیپٹ (قذال) سامنے ہو تو زچہ کو پلنگ پر لیٹے رہنے کی کوئی ضرورت نہیں، بلکہ اس کے چلنے پھرنے اور بشرط ضرورت کرسی یا صوفے پر آرام کرنے میں ایک واضح فائدہ ہے۔ لائکر امینیائی (رحل) اور جنین کا وزن

سروکس (عنق) کے اتساع میں مدد دیتا ہے اور لوئر یوٹرائن سیگمنٹ (رحم کے قطعۂ اسفل) اور سروکس (عنق) پر دباؤ کا پڑنا رحم میں انقباض کی تہیج کرتا ہے۔ پہلے مرحلہ میں عموماً زچہ کو کسی ترقی کا احساس نہیں ہوتا لہٰذا اگر اُسے چلنے پھرنے رہنے کی اجازت دی جائے تو گمان غالب ہے کہ وہ اتنی پست ہمت، خوف زدہ اور چڑچڑی نہ ہوگی اور اعانت اور رفع تکلیف کے لئے اتنا غل نہ مچائے گی جتنا کہ وہ اس وقت مچائے گی جبکہ وہ لٹائی رکھی جائے بخلاف اس کے اگر ورٹکس (قمہ) تیسری یا چوتھی وضع میں ہو یا کوئی میلپریزنٹیشن (تطریق ناقص) ہو تو پہلے مرحلہ میں زچہ کو پلنگ پر لٹائے رکھنا چاہیئے، تاکہ اغشیہ کے جلد شق ہونے کا امکان کم ہو جائے۔

وضع حمل کے پہلے مرحلہ میں درد عموماً بہت شدید نہیں ہوتا، گو پرمی پیرا (اولین ولادت عورت) میں سروکس (عنق) کا اتساع شروع ہوتے وقت یہ ممکن ہے کہ درد اچھی خاصی تکلیف 280
یا قے کا باعث ہو۔ اس مرحلہ میں اس سے کچھ فائدہ نہیں کہ عورت سے حزق کرنے کے لئے کہا جائے جیسا کہ اکثر دایائیں کہا کرتی ہیں۔ جب تک کہ آس (فم رحم) مکمل یا تقریباً مکمل طور پر متسع نہ ہو جائے، حزق کرنا بے سود ہے، بلکہ ایسی بے سود کوششوں سے زچہ کی قوت اور ہمت خرچ ہو جاتی ہے۔ بہت سی عورتوں کو درد کے دوران میں ان کی پیٹھ کا زیریں حصہ دبانے یا ملنے سے آرام اور سکون کا احساس ہوتا ہے۔

اس مرحلہ میں عموماً بار بار پیشاب کرنے کی حاجت ہوتی ہے۔ اگر مثانہ پُر ہو جائے اور مریضہ اُسے خالی نہ کر سکے، تو ایک نرم قاساطیر ڈالنا چاہیئے، کیونکہ ایک پُر مثانہ رحمی انقباضات پر امتناعی اثر رکھتا ہے۔

پہلے مرحلہ میں مریضہ کو ہلکی غذا کھانے کے لئے کہنا چاہیئے، اور اگر وہ تھک جائے اور نیند محسوس کرے تو آرام کرنے کی ترغیب دینا چاہیئے۔

دُوسرے مرحلہ کا انصرام

دوسرے مرحلہ میں زچہ کو بستر میں آرام کرنا چاہیئے۔ اس ملک میں اکثر عورتیں بائیں جانبی یا سِم (Sim) کی وضع میں جنتی ہیں، مریضہ کے گھر میں جہاں زائد امداد حاصل نہ ہو سکتی ہو غالباً یہی سب سے سہولت دہ وضع ہو گی۔ ہاسپٹلی مداولت میں بعض طبیب مریضہ کو

پشت کے بل رکھ کر جنواتے ہیں، اور یہ ادعا کرتے ہیں کہ اس وضع میں ایک زیادہ کامل عدم عفونتی ٹیکنک (طرزِ عمل) قائم رکھا جا سکتا ہے، لیکن تاوقتیکہ کثرت سے امداد حاصل نہ ہو اُس وضع میں سَر کی ولادت پر اقتدار رکھنا آسان نہیں ہے۔ یہ ایک عمدہ مداولت ہے کہ جبتک کہ سر ویجائنل (مہبلی) سوراخ کو پھیلا رہا ہے، مریضہ کو کہا جائے کہ وہ اپنے پیروں کو پلنگ کے ڈنڈوں پر سہارا دے رکھے اور ایک تولیہ کو جو کسی مثبت نقطہ سے بندھا ہو کھینچتی رہے۔ اُسے ترغیب دینا چاہیئے کہ وہ دردوں کے دوران میں اپنی سانس روکے اور حزق کرے۔

اگر زچہ کو اُسی وقت دیکھا جائے جبکہ دوسرے مرحلہ کا آغاز ہو گیا ہو تو اُس کے زیرین شکم کو بغور جس کرنا چاہیئے، اور اگر مثانہ متمدد پایا جائے تو قاساطیر ڈالنا چاہیئے۔ اگر سر پیلوس (حوض) کو معمور کر رہا ہو، تو مثانہ بہت زیادہ اوپر اٹھا ہوا پایا جائے گا، چنانچہ قبل اس کے کہ پیشاب نکلنا شروع ہو، قاساطیر کو معمول سے بہت زیادہ داخل کرنا پڑے گا۔ ممکن ہے کہ ایک دستانہ پوش اُنگلی ویجائنا (مہبل) میں داخل کر کے قاساطیر کی نوک کی رہنمائی کرنے کی ضرورت پڑے۔ سیلولائڈ (celluloid) یا ربر کا قاساطیر استعمال کرنا چاہیئے، شیشہ کا قاساطیر کبھی نہیں استعمال کرنا چاہیئے۔

پرینیم (عجان) کی نگہداشت۔ وضع حمل کے جملہ واقعات میں یہ احتیاط کرنا چاہیئے کہ ولوا (فرج) کی کوئی غیر ضروری دریدگی نہ واقع ہو۔ اگر دردیں زوردار ہیں اور معاملہ تمام و کمال قدرت پر چھوڑ دیا گیا ہے، تو سر کی ولادت میں پرینیم (عجان) کی اچھی خاصی دریدگی واقع ہونے کا امکان ہے۔ پرمی پیرا (اولین زچہ) عورت میں فورشیٹ (قید الشفرین) کی دریدگی بعض اوقات ایک "ناگزیر دریدگی" کہلاتی ہے لیکن یہ بھی قطعی طور پر ناگزیر نہیں ہے۔ پرینیم (عجان) کی دریدگی بالعموم عقبی ویجائنل (مہبلی) دیوار میں شروع ہوتی ہے، اور یہ باور کرنا مشکل ہے کہ پرینیم (عجان) کی جلد پر چکنی اشیا یا تکمیدات لگانا یا پرینیم (عجان) کو قبالت کار کا ہاتھ کے ذریعہ "سہارا دینا"، ایک دریدگی کو روکنے میں کوئی اچھا اثر رکھ سکتا ہے۔

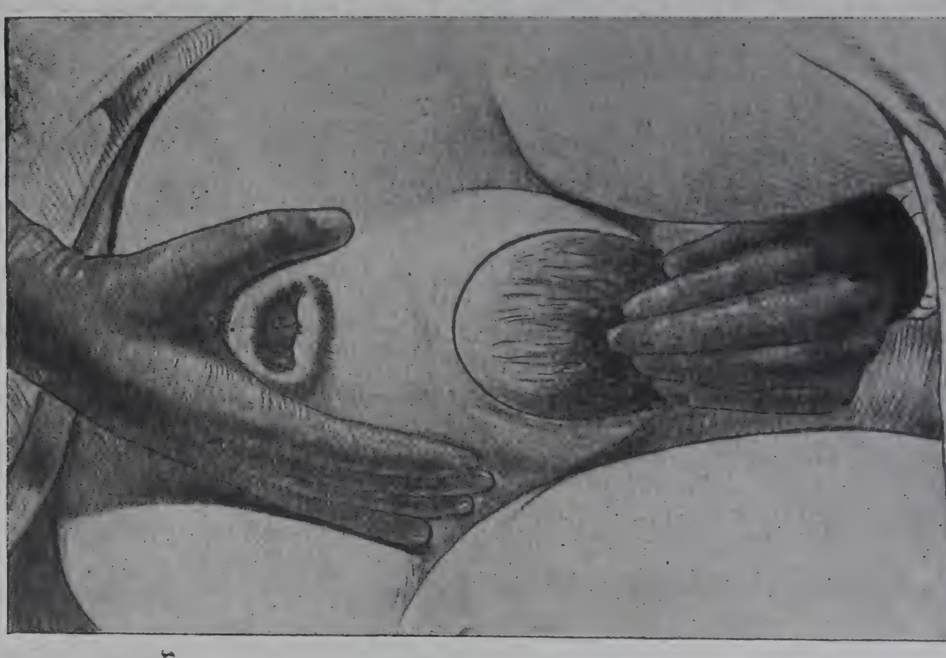
سر کی اصل ولادت کے انصرام کو حسب ذیل عنوانات کے تحت مختصراً بیان کیا جا سکتا ہے:۔

۱۔ سر کو بہت جلد نہ تولد ہونے دو۔

۲۔ سر کو خمیدہ رکھو حتیٰ کہ آکسیپٹ (قذال) پیوبک آرچ (محراب عانہ) کے نیچے سے نکل جائے۔

۳۔ اگر ممکن ہو تو سر کو درد کی انتہا میں نہ تولد ہونے دو۔

جیسے ہی کہ سر ولوا (فرج) پر ظاہر ہونا شروع ہو، یہ ضروری ہے کہ اگر زچہ اپنی اخراجی دردوں میں اپنے پیروں کو پلنگ کے ڈنڈے پر دبا رہی ہے تو اب اس کے پیروں کو اس سے ہٹا دیا جائے، اور اگر وہ تولیہ کو گھسیٹتی رہی ہے تو تولیہ بھی ہٹا لیا جائے۔ زچہ کو ہدایت کرنا چاہیئے کہ وہ اپنے سانس کو نہ روکے، بلکہ اگر وہ چیخنا چاہے تو چیخے۔ جب سر ولوا (فرج) کو تننا شروع کرتا ہے تو کلوروفارم دینا چاہیئے خواہ یہ پہلے نہ بھی دیا گیا ہو۔ عدم حسیت کو بڑھایا جاتا ہے یہاں تک کہ بچہ کی ولادت کے وقت مریضہ بے ہوش ہوتی ہے۔ عدم حسیت کے استعمال سے نہ صرف مریضہ شدید درد سے بچ جاتی ہے بلکہ حزق سے پرینیم (عجان) کے مشقوق



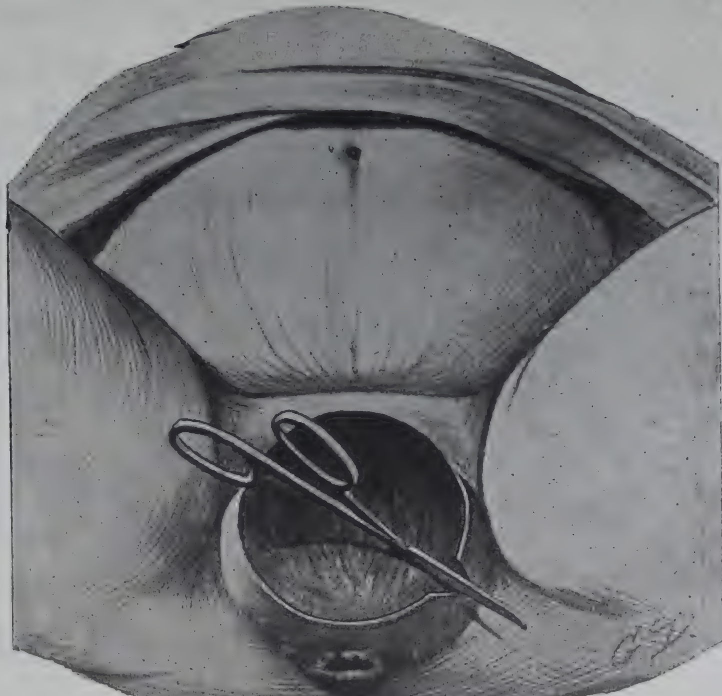
تصویر ۸۲۔ پرینیم (عجان) کی نگہداشت۔
بایاں ہاتھ، سر کے فوری اخراج کو روکتا ہے، اور دائیں ہاتھ کی انگلیاں اور انگوٹھا مبرز کے دونوں طرف دباؤ ڈالکر آہستہ آہستہ سر کو آگے کی جانب دھکیل رہے ہیں۔ یہ دباؤ دو دردوں کے درمیان وقفہ میں ڈالا جاتا ہے۔ بغرض وضاحت تولئے نہیں دکھائے گئے۔

ہونے کا خطرہ بھی کم ہو جاتا ہے ۔ قبالتِ کار زچہ کے پیروں کی طرف منہ کر کے پلنگ کے ایک جانب بیٹھتا ہے، اور اگر پرینیم (عجان) خطرناک حد تک تن رہا ہو تو آکسیپٹ (قذال) کو کھینچتا ہے ۔ اس وقت جبکہ وہ اپنی انگلیوں سے آکسیپٹ (قذال) کو کھینچتا ہے تو ساتھ ہی ساتھ پیشانی کو اپنے انگوٹھے سے اوپر کی جانب دباتا ہے ۔ نیز اگر آکسیپٹ (قذال) بہت جلدی آگے جانے کا کوئی رجحان ظاہر کرے تو وہ اس کو آگے جانے سے روکتا ہے ۔ اگر قبل اس کے کہ آکسیپٹ (قذال) پیوبک آرچ (محراب عانی) کے نیچے سے آزاد ہو سر بسط ہونا شروع ہو جائے اور بائی پیرائٹل (جداربی) قطر ویجائنل اوٹ لیٹ (مہبلی مخرج) سے گزرنا شروع ہو جائے، تو سب آکسیپٹو فرانٹل (زیر قذالی جبہی) قطر سے زیادہ بڑا قطر ولوا (فرج) کو متمدد کرتا ہے اور ایک دریدگی واقع ہوتی ہے ۔ پرینیم (عجان) کو ہاتھ سے دبانا نہ چاہیئے کیونکہ ایسا کرنے سے رحم اور شکمی عضلات میں زیادہ زور وار مساعی کی تحریک ہوتی ہے ۔ جب ویجائنل (مہبلی) دہنہ خوب اچھی طرح سے تن چکا ہو، جیسا کہ "کراؤننگ (crowning = ظہور قمہ)" سے ظاہر ہوتا ہے، تو سر کو بتدریج اور آہستگی کے ساتھ نکلنے دیا جاتا ہے، اور جیسے ہی کہ یہ باہر نکلتا ہے بسط کردگی واقع ہوتی ہے ۔ یہ امر کہ "کراؤننگ (ظہور قمہ)" واقع ہو چکا ہے اس امر کی کوئی ضمانت نہیں ہے کہ اگر سر دفعتاً خارج ہو جائے تو زچہ پرینیم (عجان) کے انشقاق سے بچی رہے گی لہذا امر مانع اخراج سے بچنا ضروری ہے ۔ حتی الامکان دردوں کے درمیان سر کو تولد کرانا مناسب ہے ۔ جیسے ہی کہ ایک درد زائل ہو، قبالتِ کار کو چاہیئے کہ وہ دونوں طرف اسکیل ٹیوبراسٹیز (ورکی حدبیوں) کے قریب اور مبرز سے $\frac{1}{2}$ ۱ انچ دور، ایک طرف انگوٹھا اور دوسری طرف انگلیاں رکھ کر بادری بافتوں کے توسط سے سر کے اگلے حصہ کو پکڑے، اور آہستہ سے سر کو آگے کی جانب دبائے ۔ ساتھ ہی ساتھ اگر ضرورت ہو تو زچہ کو زور لگانے کی تاکید کرنا چاہیئے ۔ اگر ایک درد شروع ہو جائے تو اس سے پھر کہنا چاہیئے کہ زور نہ لگائے، اور دوسرے ہاتھ سے منکشف شدہ ورٹکس (قمہ) کو دبانا چاہیئے کہ اس کا مزید تقدم رک جائے ۔ بالعموم اس طرح سے سر کو بلا طفت نکالا جا سکتا ہے اور بادری بافتوں کی نہایت کم دریدگی واقع ہوتی ہے ۔ (تصویر ۸۲) ۔

قبالتِ کار کا ماں کی کل قوت کے مقابلہ میں کہ جس کو وہ پلنگ کے ڈنڈے پر پیر رکھ کر موثر بناتی ہے، سر کو روکنے کی کوشش کرنا بالکل بے سود ہے ۔ سر کو آگے کی جانب زیادہ زور سے

دبانا، ممکن ہے ولوا (فرج) کے اگلے حصہ کی مضرت کا باعث ہو اور یوریتھرا (مجری البول) کو سمفزز پیوبس (ارتفاق عانہ) پر کوفتہ کردے، بلکہ شاید اس سے کلیٹورس (clitoris= بظر) کے اردگرد کی عروقی بافتوں سے شدید نزف واقع ہوجائے۔ اُن اصابتوں میں جن میں پرینیم (عجان) کی دریدگی واقع ہوئے بغیر سر نکل آیا ہو، ممکن ہے کہ شانوں کی ولادت میں ایک چاک واقع ہوجائے (دیکھو صفحہ 290)۔

ایپسیاٹومی (episiotomy= شفرہ شگافی) - پرینیئل باڈی (perineal body= عجانی جسم) میں ایک جانبی شگاف دینے کی مداولت اس غرض سے کہ ایک عمیق وسطی چاک کو روکا جائے، ایک ایسی مداولت ہے کہ جس کا مشورہ صرف خاص صورتوں میں دیا جاسکتا ہے (تصویر ۸۳)۔



تصویر ۸۳ - ایپسیاٹومی (شفرہ شگافی)۔
قینچی سے ایک شگاف حسبِ ضرورت گہرا دیا گیا ہے، اس کے بعد قینچی کو ہٹا لینا چاہئے۔

دوسری مرحلہ کے ختم کے بعد عقبی ویجائنل (مہبلی) دیوار اور پرینیم (عجان) کا ہمیشہ بغور امتحان کرنا چاہیے اور ہر وہ دریدگی جو خفیف سے متجاوز ہو اِس کی ٹانکوں سے مرمت کرنا چاہیے۔ یہ امتحان
289 صرف اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ اس وقت جب کہ زچہ چت لیٹی ہو شفرتین کو اچھی روشنی میں جُدا کیا جائے۔ یہ اتنا قابلِ مذمت نہیں کہ ایک چاک واقع ہونے دیا جائے کہ جتنا یہ ہے کہ اُس کو نظر انداز کر دیا جائے۔

جیسے ہی کہ چہرہ ظاہر ہو اور قبل اس کے کہ آنکھیں کُھلیں، پپوٹوں اور ان کے گرد و پیش کی جلد کو خشک روئی سے اور اس کے بعد عفونت کش محلول جیسے $\frac{1}{5000}$ پرکلورائڈ آف مرکری (perchloride of mercury) سے پچارنا چاہیے[1]۔ ایسا بائیں ہاتھ سے کرنا چاہیے، اور دہنے ہاتھ سے وڑکس (قمہ) کو پکڑے رہنا چاہیے، ورنہ ممکن ہے کہ ایک شدید دورِ شانوں کو دفعتہً ولوا (فرج) کے اندر سے نکال دے اور غیر ضروری دریدگی پیدا کرے۔ جیسے ہی کہ سر تولد ہو، ویجائنا (مہبل) کے اندر ایک اُنگلی داخل کرنا چاہیے، یہ معلوم کرنے کے لئے کہ آیا کارڈ (حبل) کا کوئی چنبر تو گردن کے گرد نہیں ہے۔ اگر ہو تو اس چنبر کو سر کے اوپر کھسکا دینا چاہیے، یا اگر اوپر نہ کھسکایا جاسکے تو شانوں پر کھسکا دینا چاہیے۔ اگر چنبر کسی طرف نہ کھسکایا جاسکے، تو کارڈ (حبل) پر دو شریانی کلابوں کے ذریعہ شکنجہ لگا کر اسکو درمیان میں کاٹ دینا چاہیے۔

بایاں ہاتھ اب ماں کے شکم پر کہ جو ایک عقیم تولیہ سے ڈھکا ہوتا ہے رکھنا چاہیے، اور جیسے جیسے باقی ماندہ بچہ تولد ہو، اس ہاتھ کو فنڈس (قعر) کے ساتھ ساتھ نیچے لانا چاہیے۔ سر کی ولادت کے بعد شانے عموماً بسرعت تولد ہو جاتے ہیں، اور پچھلے شانے سے اگلا شانہ پہلے
290 پیدا ہوتا ہے۔ شانوں کی ولادت کے دوران میں پرینیم (عجان) کی بغور نگرانی کرنا چاہیے، بالخصوص اگر سر کی وجہ سے وہ پہلے ہی خفیف سا چاک ہو گیا ہو۔

باقی کا جسم جلدی سے شانوں کی پیروی کرتا ہے، داہنا ہاتھ آگے کی جانب اس کی رہنمائی کرتا جاتا ہے اور اُسے پلنگ پر لٹاتا جاتا ہے، جبکہ بایاں ہاتھ رحم کا نیچے کی طرف تعاقب کرتا ہے۔

بچہ کا منہ اور نتھنے ہلکے سے پونچھے جاتے ہیں، اور اگر بچہ فوراً سانس نہ لے یا فوراً

---

[1] اگر یہ شبہ ہو کہ ماں سوزاک میں مبتلا ہے تو صفحہ 187 پر بیان کردہ علاج کرنا چاہیے۔

نہ روئے تو ڈاکٹر اُسے پھونکے مار کر یا سرینوں پر ہلکے سے تھپیڑ مار کر ہیجان میں لاتا ہے۔ اگر بچہ پھر بھی نہ روئے، تو اس کا اس طرح علاج کرنا چاہیے جس طرح صفحہ 593 پر بتایا گیا ہے۔

شانوں کی تخریج۔ اگر سر کی ولادت کے بعد شانے نیچے نہ اتریں، تو ماں کو حزق کرنے کا مشورہ دینا چاہیئے۔ اگر شانے پھر بھی حرکت نہ کریں اور بچہ کا چہرہ نیلا ہو رہا ہو، تو اُن کی ولادت میں ضرور اعانت کرنا چاہیئے۔ بعض اوقات اتنا ہی ضروری ہوتا ہے کہ ایک اُنگلی داخل کر کے اطمینان کر لیا جائے کہ شانے مخرج کے اگلے پچھلے قطر میں ہیں۔ اگر شانے اگلے پچھلے قطر میں نہ گھومے ہوں، تو اُن کو اصبعی دباؤ سے گھمانا چاہیئے۔ اگر شانوں کی تدویر مکمل ہونے کے بعد پھر بھی تاخیر ہو تو تین طریقے ہیں جو اختیار کیے جا سکتے ہیں :—

۱۔ فنڈس (قعر) پر ہاتھ رکھ کر اوپر سے ڈھکیلنا۔

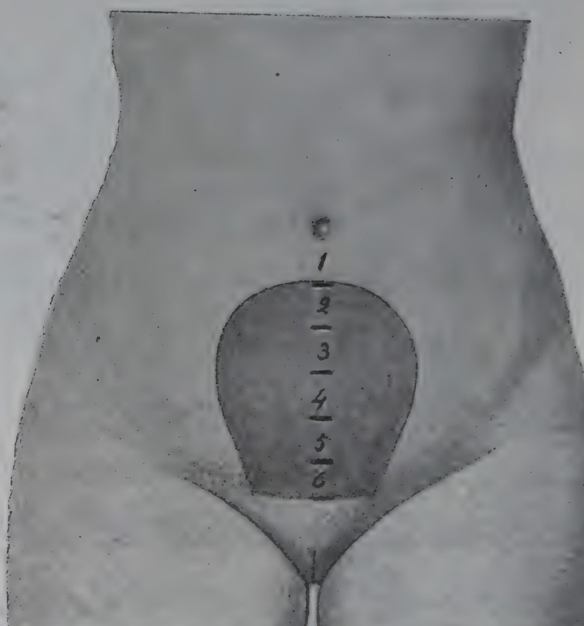
۲۔ سر کو گھسیٹنا۔

۳۔ اگلی بغل کو کھینچنا۔

ان میں سے کوئی ایک طریقہ کامیاب ہو سکتا ہے، لیکن زیادہ قوت استعمال کرنا خطرہ سے خالی نہیں ہے۔ پہلے طریقہ سے پیرینیم (عجان) کے شق ہونے، دوسرے طریقہ سے سروائیکل (عنقی) اعصاب یا سٹرنو میسٹائڈ (sterno-mastoid=قصی حلمی) عضلہ کو مضرت پہنچنے، اور تیسرے طریقہ سے کلیویکل (ترقوہ) کے مکسور ہونے کا امکان ہے۔ بہترین یہ ہے کہ ان تینوں طریقوں کو یکجا کر دیا جائے، جب کہ بہت کم قوت استعمال کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ گردن کو ہلکے سے پیچھے کی طرف دبایا جاتا ہے تاکہ بغل میں سے ایک اُنگلی گزاری جا سکے۔ لازم ہے کہ اُنگلی کا سرا بغل کے اندر دباؤ نہ ڈالے بلکہ بغل کے پرے چلا جائے تاکہ اُنگلی کی درمیانی پور سے دباؤ ڈالا جائے۔ پھر اس اُنگلی سے آہستہ آہستہ جرّ کیا جاتا ہے اور دوسرا ہاتھ سر کو کھینچتا ہے چنانچہ شانوں کو اس طرح تخریج کر لیا جاتا ہے کہ آگے کی طرف ایک ہلکا کھینچاؤ عمل میں لایا جاتا ہے جو کہ جزوی طور پر سر پر ہوتا ہے اور جزوی طور پر بغل میں، اور دایہ ساتھ ہی ساتھ فنڈس (قعر) پر نیچے اور پیچھے کی جانب دباؤ ڈالتی ہے۔

نچے کی علیحدگی۔ تاوقتیکہ بچہ زور شور سے نہ چلایا ہو، کارڈ (حبل) کے آخری چند انچوں کے سوا باقی حصہ میں نبضان موقوف نہ ہو چکا ہو اور کارڈ (حبل) کی وریدوں میں ہبوط نہ ہو چکا ہو، کارڈ (حبل) کو نہیں باندھنا چاہیئے۔ اگر کارڈ (حبل) کو فوراً باندھ دیا جائے تو

291 بچہ دو یا تین اونس خون سے محروم ہو جاتا ہے جس کو پھیپھڑوں کا پھیلاؤ پلیسنٹا (مشیمہ) سے کھینچ لاتا تھا۔ چونکہ یہ دو یا تین اونس خون، بالغ شخص میں دو یا تین پائنٹ (pint) خون سے متناظر ہوتا ہے، اس لئے ظاہر ہے کہ کارڈ (حبل) باندھنے سے قبل چند منٹ انتظار کر لینا نہایت ضروری ہے۔ کارڈ (حبل) کو ناف سے دو انچ کے فاصلہ پر باندھنا چاہیئے، اور ایک ریف ناٹ (reefknot= بادبانی گرہ) استعمال کرنی چاہیئے اور یہ خیال رکھنا چاہیئے کہ بندش باندھنے کے



تصویر ۲۸۴۔ وضع حمل کا تیسرا مرحلہ۔
یہ تصویر دکھاتی ہے کہ اس وقت جبکہ پلیسنٹا (مشیمہ) ابھی رحم کے اندر ہی ہو فنڈس (قعر) کی بلندی کیا ہوتی ہے۔

دوران میں ناف کھنچے نہیں۔ دوسری بندش باندھنا ضروری نہیں ہے [الّایونی اوولر (یک بیضی) توأم کی صورت میں (دیکھو صفحہ 379)] کیونکہ ماں میں کارڈ (حبل) کی راہ سے کوئی جریانِ خون نہیں ہوتا، صرف کٹے سرے سے جنینی خون کے چند ڈرام رستے ہیں۔ مگر اس غرض سے کہ بستر میں یہ خفیف خون بھی نہ آئے، دو بندشیں باندھنے اور ان کے درمیان میں کاٹنے کا دستور ہے۔

یہ بندشیں عام طور پر دھاگے (packthread) کے تین یا چار ڈوروں پر مشتمل ہوتی ہیں جن کے ہر ایک سرے پر ایک گرہ لگی ہوتی ہے۔ بندشوں کو جوش دینا چاہیئے، اور جوش دئے ہوئے پانی یا کسی عفونت کش محلول میں اس وقت تک چھوڑ دینا چاہیئے تا آنکہ ان کی ضرورت پڑے۔

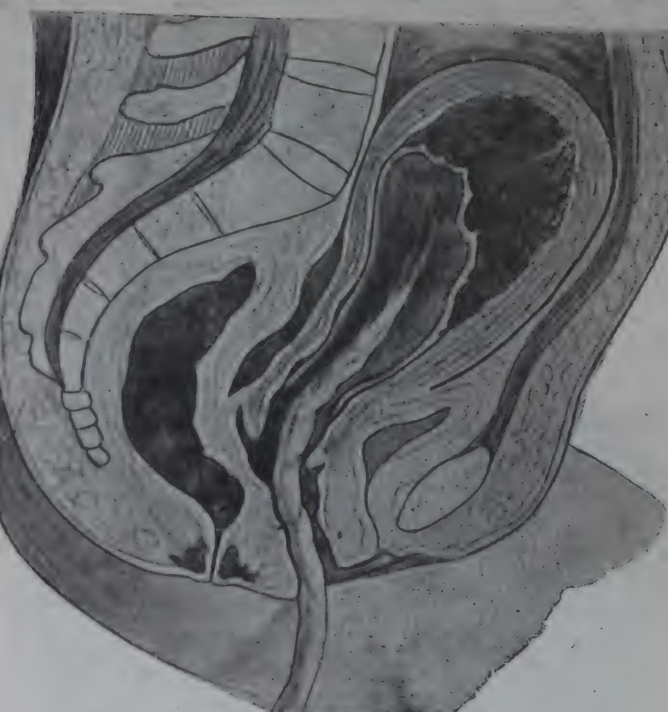
تیسرے مرحلہ کا انصرام

وضع حمل کا تیسرا مرحلہ ایک قدرتی اور فعلیاتی عمل ہے، لہذا قطع نظر اس امر کے کہ
وسیع تجربہ رکھنے والے اشخاص کیا کرتے ہیں ایک مبتدی کے لئے مداخلت کرنا ایک نہایت
غیر عاقلانہ فعل ہوگا، تا وقتیکہ نزف واقع نہ ہو رہا ہو۔ رحم میں بزور ہیجان پیدا کرنے سے گمان
غالب ہے کہ انقباضات رونما ہوں گے، جو پلیسنٹا (مشیمہ) کی قبل از وقت جزوی علیحدگی
واقع کریں گے، اس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ نزف واقع ہوگا یا شائد کوریان (سلی) یا پلیسنٹا (مشیمہ) 292
کا کوئی حصہ محبوس ہو جائے گا۔

طالب علم کو اچھی طرح سمجھ لینا چاہیئے کہ اصطلاح اکسپریشن آف دی پلیسنٹا (expression of the placenta = مشیمہ کو دبا کر نکالنا) سے کیا مراد ہے۔ طبعی وضع حمل کے انصرام میں پلیسنٹا (مشیمہ) کو ویجائنا (مہبل) سے نکالا جاتا ہے نہ کہ رحم سے۔ طبعی حالات میں رحم پلیسنٹا (مشیمہ) کو ویجائنا (مہبل) میں ڈھکیلتا ہے اور اگر شکمی عضلات پلیسنٹا (مشیمہ) کے اخراج کی تکمیل نہیں کرتے، تو نگرانکار رحم پر دباؤ ڈال کر اسے ویجائنا (مہبل) سے نکالتا ہے۔ یہی ایک طریقہ ہے جو طبعی صورتوں میں پلیسنٹا (مشیمہ) نکالنے کے لئے جائز ہے۔ اگر پلیسنٹا (مشیمہ) کو رحم سے دبا کر نکالا جائے تو اندیشہ ہے کہ اس کا کچھ حصہ محبوس نہ رہ جائے۔ ان صورتوں میں جن میں پلیسنٹا (مشیمہ) کے رحم کو چھوڑنے سے قبل شیمی مقام سے جریان خون واقع ہو، پلیسنٹا (مشیمہ) کو رحم سے دبا کر نکالنا ضروری ہو جاتا ہے، مگر یہ طریقہ مذکورہ غیر طبعی صورتوں کے لئے مخصوص ہے (دیکھو صفحہ 493)۔ رحم کو اس وقت جب کہ وہ منقبض ہو رہا ہو ہرگز دبانا نہ چاہیئے، کیونکہ ممکن ہے کہ ایسا طرز عمل اس کے ان ورشن (ارتکاس) کا موجب ہو، یعنی اندرونی حصہ باہر کی طرف پلٹ جائے۔

تیسرے مرحلہ میں بہترین یہ ہے کہ مریضہ کو چت لٹا کر رکھا جائے۔ اگر شکمی دیوار

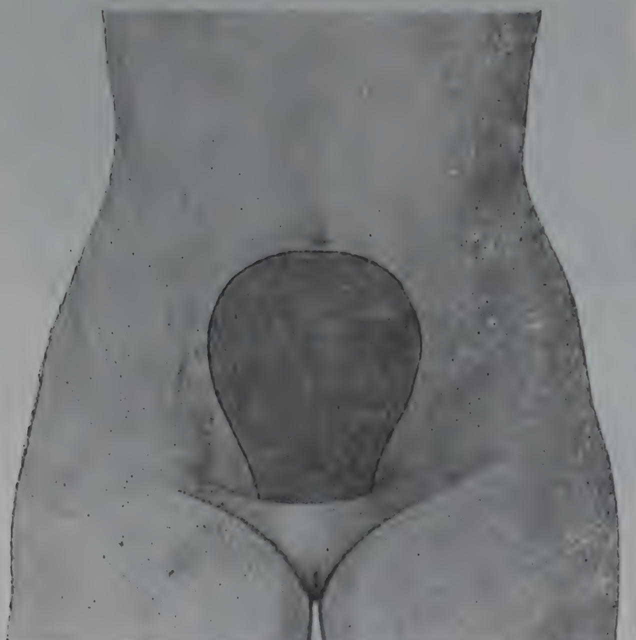
293 موٹی یا مرتخی ہو تو چت وضع میں ایک فائدہ یہ ہے کہ جب مریضہ اس وضع میں ہو تو رحم زیادہ آسانی سے محسوس کیا جا سکتا ہے، بہ نسبت اس صورت کے جب کہ وہ کروٹ سے لیٹی ہوئی ہو۔



تصویر ۸۵ ۔ وضع حمل کا تیسرا مرحلہ۔
پلیسنٹا (مشیمہ) ہنوز اپنی اصلی جگہ میں ہے۔

ایک مزید فائدہ یہ ہے کہ چت وضع میں رحم کے اندر خون کے جمع ہونے کا امکان کم ہوتا ہے۔ فنڈس (قعر) ناف سے تقریباً ایک انچ نیچے پہنچتا ہے۔ رحم مدور محسوس نہ ہونا چاہئے بلکہ اگلے پچھلے طور پر چپٹا محسوس ہونا چاہئے گویا وہ ہاتھ میں جبکہ انگوٹھا سامنے اور انگلیاں پیچھے ہوں بخوبی بیٹھتا ہو۔ بایاں ہاتھ اس طرح شکم پر رکھنا چاہئے کہ انگوٹھا آسمان کی طرف ہو اور ہتھیلی زچہ کے پیروں کی جانب رخ رکھتی ہو۔ پھر ہاتھ کا النر (ulnar=زندی) کنارا شکم میں گھسایا جاتا ہے جس سے رحم کا فنڈس (قعر) ہاتھ کے نشیب میں آجاتا ہے اور کوئی نمو ہو تو فوراً معلوم ہو جاتا ہے۔ رحم کو اس طریقہ پر گرفت کرنے سے کلائی نظرانداز نہیں ہو سکتی، لہذا رحم کو ہیجان میں لانے کی بالکل ضرورت نہیں تاوقتیکہ اس سے جریان خون نہ ہو۔

اگر خون بہہ رہا ہے تو وہ دکھائی دے گا، اگر خون رحم میں رُک جائے تو رحم جسامت میں بڑھ جاتا ہے ۔اگر طالب علم کو خود اپنی قوت مشاہدہ پر اعتماد نہیں تو وہ وقتاً فوقتاً آہستہ سے فنڈس (قعر) کو

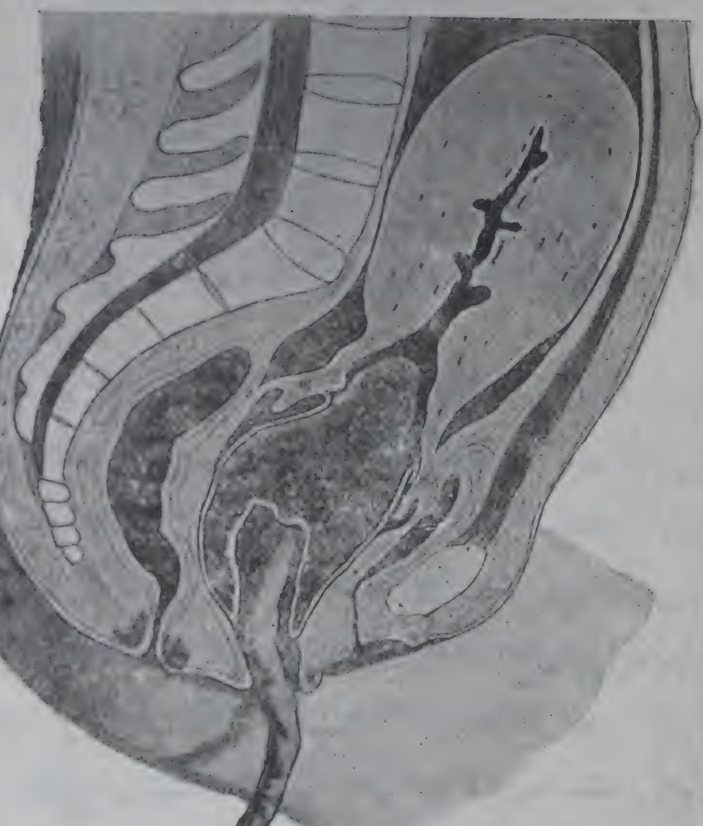


تصویر ۸۶ ۔ وضع حمل کا تیسرا درجہ۔
یہ تصویر فنڈس (قعر) کی بلندی ظاہر کرتی ہے جبکہ رحم پلیسنٹا (مشیمہ) پر ٹکا ہوا ہو۔ (تصویر ۸۴ سے مقابلہ کرو)

نیچے کی جانب دبا سکتا ہے، یہ دیکھنے کے لئے کہ تقاطر خون سے زیادہ کچھ نہیں۔ اگر طالب علم کے ہاتھ کے نیچے رحم زیادہ بڑا ہو جائے تو اسے چاہیے کہ رحم کو اپنی انگلیوں کے سروں سے بہ آہستگی ہیجان میں لائے ۔چند منٹ کے بعد عام طور سے رحم پھر منقبض ہونا شروع ہوتا ہے، 294
اور تھوڑی ہی دیر میں پلیسنٹا (مشیمہ) و بچا نتا (مھبل) میں خارج ہو جاتا ہے ۔بعض اوقات جبکہ زچہ پلیسنٹا (مشیمہ) کو ارادی طور پر خارج کرنے کی کوشش کرتی ہے تو یہ بستر پر خارج ہو جاتا ہے (تصویر ۸۴ اور ۸۵)۔

امارات جو یہ ظاہر کرتے ہیں کہ پلیسنٹا (مشیمہ) ویجائنا (مہبل) میں خارج ہو چکا ہے

۱۔ کارڈ (حبل) نیچے سرک جاتا ہے۔ یہ امارت سب سے زیادہ اعتماد کے قابل اس وقت ہوتی ہے جب کہ کارڈ (حبل) کے ڈھیلے حصہ کو ویجائنا (مہبل) سے باہر کھینچ لیا گیا ہو اور کارڈ



تصویر ۸۷۔ وضع حمل کا تیسرا درجہ۔

پلیسنٹا (مشیمہ) ویجائنا (مہبل) میں خارج کر دیا گیا ہے اور رحم جو کہ پلیسنٹا (مشیمہ) پر ٹکا ہوا ہے اس سے زیادہ بلند لیول تک اٹھ گیا ہے کہ جتنا تصویر ۸۶ میں دکھایا گیا ہے۔

(حبل) پر ولوا (فرج) کے قریب کر کے گرہ لگا دی گئی ہو۔ اگر معاملہ مشکوک ہو تو فنڈس (قعر) کو آہستگی سے نیچے ڈھکیلا جاتا ہے کہ جس سے کارڈ (حبل) کی زائد لمبائی باہر نکل آتی ہے۔ اگر فنڈس (قعر) کو پھر بلند ہونے دیا جائے اور یہ زائد لمبائی واپس نہ جائے تو سمجھنا چاہیئے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) جدا ہو گیا ہے۔

۲۔ رحم بلند ہو جاتا ہے، اور زیادہ چھوٹا، زیادہ مدوّر اور زیادہ متحرک محسوس ہوتا ہے۔ یہ اب پلیسنٹا (مشیمہ) پر ٹکا ہوتا ہے، اس لیئے اس کا فنڈس (قعر) ناف کے لیول تک یا ٹھیک اُس کے اوپر تک پہنچتا ہے۔ نیز رحم بحیثیت مجموعی زیادہ آسانی سے گرفت کیا جا سکتا ہے، اور یہ زیادہ مدوّر ہوتا ہے، اور فنڈس (قعر) اُس قسم کا کنارہ کھو چکا ہوتا ہے جو کہ اس میں اکثر اوقات اس وقت پایا جاتا ہے جبکہ پلیسنٹا (مشیمہ) ہنوز رحم کے اندر ہوتا ہے (تصویر ۸۶ اور ۸۷)۔

۳۔ اس وقت جب کہ پلیسنٹا (مشیمہ) رحم کو چھوڑتا ہے، اکثر اوقات خون کا ذرا سا 295
اندفاق ہوتا ہے۔ اس سے یہ نہیں ثابت ہوتا کہ پلیسنٹا (مشیمہ) ویجائنا (مہبل) میں آگیا ہے، البتہ اگر پہلے کوئی جریان خون نہ ہوا ہو تو غالباً یہ ظاہر کرتا ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) نکل آنے کے لئے تیار ہے۔

اگرچہ حزق کر کے پلیسنٹا (مشیمہ) کو خارج کرنے کے قابل نہ ہو، تو یہی وقت ہے جبکہ اس کو "دبا کر نکالنا چاہیئے"۔ قبالت کار اپنے بائیں ہاتھ سے رحم کو پکڑتا ہے اور اگر رحم منقبض نہ ہو رہا ہو تو اپنی انگلیوں کے سروں سے اُسے ہیجان میں لا کر منقبض ہونے پر مجبور کرتا ہے۔ پھر منقبض شدہ رحم کو مشمولاتِ مہبل کے لئے طارد کے طور پر استعمال کرتے ہوئے پہلے اُسے زیریں اور عقبی جانب دباتا ہے، اور پھر تناسلی قنال کے منحنی کا تعاقب کرتے ہوئے دباؤ کا رخ نیچے اور آگے فرجی مخرج کی طرف کر دیتا ہے۔ جوں ہی پلیسنٹا (مشیمہ) ولوا (فرج) سے باہر آتا ہے، قبالت کار اس کو داہنے ہاتھ میں لے لیتا اور آہستگی کے ساتھ ماں کے پاس سے ہٹا لیتا ہے۔ اگر تیسرا مرحلہ قدرت پر چھوڑ دیا گیا ہو، تو پلیسنٹا (مشیمہ) کے بعد عام طور سے اغشیہ بھی باہر پھسل آتے ہیں۔ لیکن اگر پلیسنٹا (مشیمہ) پر آہستہ جرّ کرنے سے بھی وہ باہر نہ نکلیں، تو انھیں انگوٹھے اور انگلی کے درمیان پکڑنا چاہیئے اور بہت آہستگی سے کھینچنا چاہیئے۔ اس سے وہ حصے جو کہ سب سے آخر میں الگ ہوتے ہیں باہر پھسل آتے ہیں۔ بایاں ہاتھ ہنوز رحم پر رکھے رہنا چاہیئے حتیٰ کہ یہ یقین

ہو جائے کہ رحم اچھی طرح باز کشیدہ ہے اور اس سے خون جاری ہونے کا امکان نہیں ہے۔ وضع حمل کے تیسرے مرحلہ کے اختتام پر جب رحم خالی اور باز کشیدہ ہوتا ہے تو فنڈس (قعر)

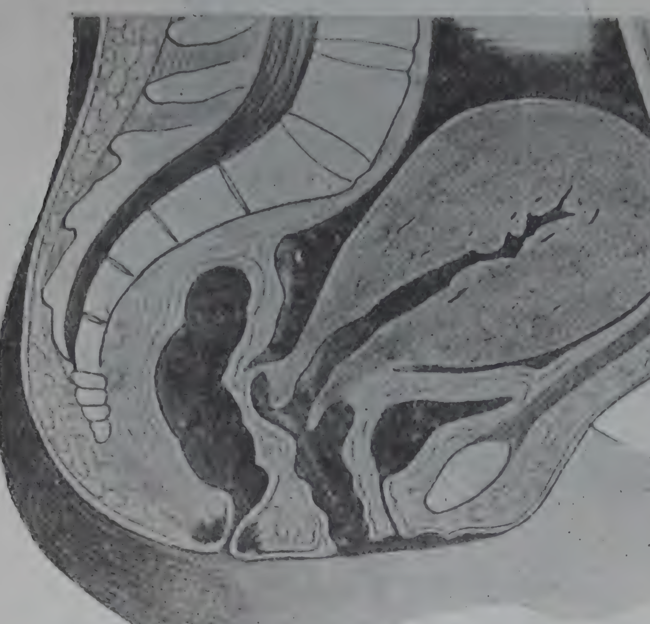


تصویر ۸۸ ۔ وضع حمل کے تیسرے مرحلہ کا ختم ۔
یہ تصویر فنڈس (قعر) کی بلندی دکھاتی ہے اس وقت جب کہ رحم خالی، منقبض
اور باز کشیدہ ہو (تصاویر ۸۴ اور ۸۷ سے مقابلہ کرو) ۔

ایک ایسے مقام تک پہنچتا ہے جو کہ ناف اور پیوبیز (عانہ) کے بالکل بیچوں بیچ ہوتا ہے
(تصویر ۸۸ اور ۸۹) ۔ چند گھنٹوں کے بعد فنڈس (قعر)، پیلوک فلور (حوضی فرش) کی 96
بحالی اور لوئر یوٹران سگمنٹ (رحم کے قطعہ اسفل) کی متزائد باز کشیدگی کی وجہ سے جو کہ
وضع حمل کے بعد واقع ہوتی ہے، پیوبس (عانہ) سے ½ ۵ انچ اوپر پہنچ جاتا ہے ۔

پلیسنٹا (مشیمہ) اور اغشیہ کا معائنہ ۔ یہ ہمیشہ ضروری ہوتا ہے کہ جس قدر جلد ممکن ہو پلیسنٹا (مشیمہ) اور اغشیہ کا بخوبی معائنہ کیا جائے ۔ اگر دوران ولادت میں اغشیہ ان ورٹڈ (inverted = منکس) ہو گئے ہوں یعنی ایمنیان (انفس) باہر کی طرف ہو جیسا کہ

عام طور پر ہوتا ہے، تو پلیسنٹا (مشیمہ) کو اغشیہ کے سوراخ کے اندر سے بہ آہستگی باہر نکالنا چاہیے، تاکہ اس کی مادری سطح کا معائنہ کیا جاسکے۔ معائنہ کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کو دونوں ہاتھ کی ہتھیلیوں پر اس طرح رکھا جائے کہ مادری سطح اوپر کی جانب ہو۔ اگر منجمد تھکا بہت مقدار میں ہو، تو اسے انگلیوں کے ذریعہ یا دھوکر دور کرنا چاہیئے۔ مادری سطح پر بہت سے



تصویر ۸۹۔ وضع حمل کے تیسرے مرحلہ کا ختم۔
رحم خالی منقبض اور باز کشیدہ ہے اور اس لیول سے جو کہ تصویر ۸۵ اور ۸۶ میں دکھایا گیا ہے بہت نیچے تک پہنچتا ہے۔

فجوات یعنی تجاویف کے نشانات نظر آئیں گے جو پلیسنٹا (مشیمہ) کو کم و بیش لوبز (لختوں) میں تقسیم کرتے ہیں۔ اگر مادری سطح کو سرسری طور پر مقعر بنایا جائے تو یہ سب لختے ایک دوسرے میں بیٹھ جانے چاہئیں۔ اگر پلیسنٹا (مشیمہ) پھٹ گیا ہے، لیکن مکمل ہے، تو یہ نظر آئے گا کہ چاک کے اطراف مل جاتے ہیں اور کوئی بافت غائب نہیں پائی جاتی۔ لیکن اگر کوئی حصہ محبوس ہو گیا ہے تو ایک فصل نظر آئے گا جو سطح کو مقعر بنانے سے مکمل طور پر زائل نہیں

کیا جا سکتا۔

297 پلیسنٹا (مشیمہ) کی مادری سطح کی حالت کے متعلق اطمینان کر چکنے کے بعد نگرانکار اغشیہ کا معائنہ شروع کرتا ہے۔ یہ ضروری ہے کہ ان کی ایک تھیلی بن جائے جو قطع نظر اُس سوراخ کے جس میں سے بچہ گزرا ہے، مکمل ہو۔ ایمنیان (انفس) اور کوریان (سلیٰ) کو بہ آہستگی ایک دوسرے سے جدا کرنا چاہیئے اور ہر ایک کا جداگانہ طور پر معائنہ کرنا چاہیئے۔ عام طور سے جب تک کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کی کور تک نہ پہنچ جائیں ان کو جدا کرنے میں کچھ احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے، لیکن ایمنیان (انفس) ٹھیک کارڈ (حبل) کی انتہا تک بآسانی پلیسنٹا (مشیمہ) سے جدا کیا جا سکتا ہے۔

ایمنیان (انفس) ایک لوچدار، دبیز اور نیم شفاف غشاء ہے۔ اُس کے کسی حصہ کے احتباس کا احتمال نہیں ہوتا کیونکہ وہ رحم سے چپکا ہوا نہیں ہوتا۔ بخلاف اس کے کوریان (سلیٰ) ڈسیڈوا (غشاءِ ساقط) سے چپکی ہوئی ہوتی ہے، اور اس لئے اس کے حصوں کا پیچھے رہ جانا غیر عام نہیں ہے۔ یہ ضروری ہے کہ اس کی ایک تھیلی بن جائے جو پلیسنٹا (مشیمہ) کی کور کے چاروں طرف چپکی ہوئی ہو۔ اگر کوریان (سلیٰ) کا کوئی حصہ غائب ہو تو بغور امتحان کرنا چاہیئے یہ معلوم کرنے کے لئے کہ آیا غشاء اس نقطہ پر محض پھٹ گئی ہے یا آیا اُس کا کچھ حصہ الگ ہو کر رحم میں محبوس ہو گیا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ دیکھا جائے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) سے ایک دموی عرق نکل کر کوریان (سلیٰ) کے اوپر چلی گئی ہے اور تھوڑی دور آگے بڑھ کر پھر پلیسنٹا (مشیمہ) میں واپس آ گئی ہے۔ ایسی عرق ایک ابیرنٹ ویسل (aberrant vessel = خاطی عرق) کہلاتی ہے اور اس کی کچھ اہمیت نہیں ہوتی۔

اس سے زیادہ اہم حالت وہ ہے جس میں دو دموی عروق، یعنی ایک شریان اور ایک ورید پلیسنٹا (مشیمہ) کی کور سے نکلتے ہیں، اور پلیسنٹل (مشیمی) بافت کے ایک علیحدہ جزیرہ کو جاتے ہیں جس کو سکسینٹوریئٹ پلیسنٹا (succenturiate placenta = اضافی مشیمہ) کہتے ہیں۔ اگر یہ سکسینٹوریئٹ پلیسنٹا (اضافی مشیمہ) اصل مشیمہ کے ساتھ ساتھ ہی نکل آئے تو صاف طور سے معلوم ہو جاتا ہے لیکن اگر وہ محبوس ہو گیا ہے تو ضروری ہے کہ اس کے متناظر کوریان (سلیٰ) میں ایک سوراخ پایا جائے، اور سوراخ کی کور پر دو چاک شدہ عروق پائے جائیں۔ سکسینٹوریئٹ پلیسنٹی (اضافی مشیمے) بہت عام نہیں ہیں، لیکن پلیسنٹا (مشیمہ) کے

معائنہ میں یہ کبھی نہ فراموش کرنا چاہیئے کہ ان کے وقوع کا امکان ہے، اگر بے پروائی کے ساتھ معائنہ کیا گیا تو یہ معلوم نہ ہوسکے گا کہ پلیسنٹل (مشیمی) بافت کا ایسا جزیرہ پیچھے چھوٹ گیا ہے۔ پلیسنٹا پریویا (مشیمۂ متقدم) کی مثالوں کے ساتھ سکسینٹیوریٹ پلیسنٹی (اضافی مشیمے) نہایت عام طور پر پائے جاتے ہیں۔

جب کوریان (سلیٰ) ایمنیان (انفس) سے جدا کی جاتی ہے، تو یہ خستہ اور غیر شفاف پائی جاتی ہے۔ اُس کی رحمی سطح پر نرم سرخی مائل بافت، یعنی ڈسڈوا (غشاء ساقط) کے ریزے دیکھے جاتے ہیں۔ باحتیاط معائنہ کیوں ضروری ہے؟ اس کی وجہ یہ ہے کہ اگر پلیسنٹا (مشیمہ) کا کوئی ٹکڑا رحم میں محبوس ہوجائے تو وہ پوسٹ پارٹم ہیمرج (بعد الولادتی نزف) پیدا کرسکتا ہے، اگر وہ بعد میں زندہ رہے تو رحم کا سب انوولیوشن (subinvolution== زیر تحکش) اور جریان خون واقع کرتا ہے، اور اگر مردہ اور سرایت زدہ ہوگیا تو سپٹک (septic= عفونتی) تسمم پیدا کرتا ہے۔

کوریان (سلیٰ) کے ایک ٹکڑے کا محبوس ہوجانا۔ اگر کوریان (سلیٰ) کا صرف ایک چھوٹا ٹکڑا محبوس ہو تو اغلباً وہ لوکیا کے ساتھ خارج ہوجائے گا اور کوئی تکلیف نہیں پیدا 298
کرے گا۔ لیکن اگر کوریان (سلیٰ) کا ایک بڑا حصہ محبوس پایا جائے، تو دو انگلیاں ویجائنا (مہبل) میں داخل کرنے سے معلوم ہوجائے گا کہ آیا وہ سروکس (عنق) سے باہر لٹک رہا ہے کہ نہیں۔ اگر لٹک رہا ہو تو اُس کو علیحدہ کیا جاسکتا ہے۔ اگر وہ تمام و کمال رحم کے اندر ہو تو سب سے زیادہ سلامتی اسی میں ہے کہ اُسے باقی چھوڑ دیا جائے (دیکھو صفحہ 502)۔

پرینیم (perineum= عجان) کا معائنہ۔ ولول اوٹ لیٹ (فرجی مخرج) کا بغور معائنہ کرنا چاہیئے کہ اس میں دریدگیاں تو نہیں ہیں۔ پیورپریم (نفاس) کے دوران میں یہ دریدگیاں خطرہ کا موجب ہوتی ہیں اور جذب کرنے والی سطحیں مہیا کرتی ہیں، اس لئے اگر خفیف دریدگی سے زیادہ کچھ ہو تو اُسے سی دینا چاہیئے۔ یہ کافی نہیں ہے کہ پرینیل باڈی (perineal body= عجانی جسم) کی جلدی سطح کا معائنہ کرلیا جائے، بلکہ لیبیا (labia= شفرتین) کو جدا کرنا چاہیئے اور عقبی ویجائنل (مہبلی) دیوار کے زیرین حصہ کا معائنہ کرنا چاہیئے۔ پرینیم (عجان) کے جملہ انشقاقات کے لئے احتیاط سے ٹانکے لگانے کی ضرورت ہوتی ہے جو کہ صفحہ 457 پر بیان کئے گئے ہیں۔

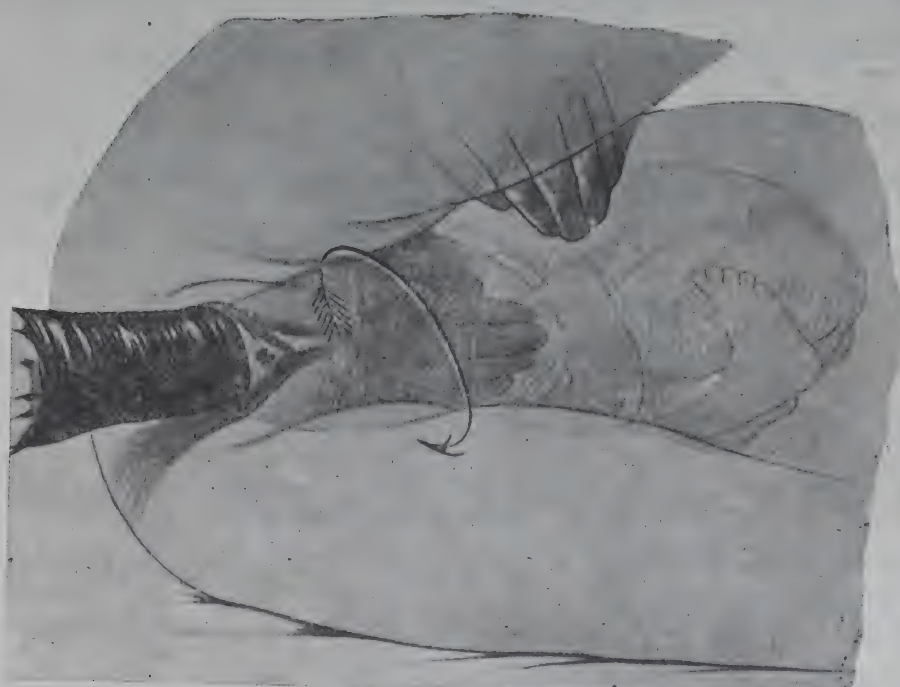
ویجائنا (مہبل) اور ولوا (فرج) کی ورید گیاں زیادہ جریان خون شاذونادر ہی پیدا کرتی ہیں، البتہ جب وہ کلائیٹورس (clitoris = بظر) یا ویریکوس (= والی تما) وریدوں کے گرد کی بافتوں کو مبتلا کرتی ہوں تو شدید جریان خون ہو سکتا ہے۔

یہ لازمی تو نہیں لیکن اچھا معمول ہے کہ پلیسنٹا (مشیمہ) کی ولادت کے بعد رحم کے انقباض اور بازکشیدگی میں مدد دینے کے لئے لکوئڈ ایکسٹریکٹ آف ارگٹ (liquid extract of ergot = مائع خلاصہ ارگٹ) کی ایک ٹی سپون فل خوراک، ایک وائن گلاس فل (wineglassful) پانی میں دی جائے، یا ارگٹن (ergotin) کا زیر جلدی اشراب دیا جائے۔

آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضع کی ان اصابتوں کا انصرام جنمیں ناکمل خمیدگی ہو

آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضع کی تشخیص وضع حمل کے شروع میں شکمی جس کے ذریعہ بلا کسی دشواری کے کی جا سکتی ہے۔ اغشیہ کے جلد مشقوق ہو جانے سے پتہ چلتا ہے کہ خمیدگی ناکمل ہے۔ سر کی خمیدگی یا بسط کردگی پیدا کرنے میں رحم کے ترچھے پن کو بھی کچھ دخل ہے لہذا اس سے کچھ فائدہ ہوتا ہے کہ زچہ کو ایک کروٹ سے لٹایا جائے کہ جس سے جنین کی پشت اوپر کو ہو جائے یعنی ورٹکس (قمہ) کی تیسری وضع کے لئے اُسے بائیں کروٹ سے اور چوتھی وضع کے لئے داہنی کروٹ سے لیٹنا چاہیئے۔ فائدہ اسی صورت میں ہو سکتا ہے کہ یہ وضع، وضع حمل کے بہت شروع میں اختیار کی جائے یعنی ایسے وقت جبکہ ناکمل خمیدگی شاذونادر مشخص ہوتی ہے۔ وضع حمل میں بعد کو، ویجائنل (مہبلی) امتحان سے آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضع عموماً بآسانی تشخیص کی جا سکتی ہے، اور یہ امر کہ خمیدگی ناکمل ہے اس طرح شناخت کی جاتی ہے کہ اگلا فانٹینل (fontanelle = یافوخ) نیچے گر کے واقع ہوتا، اور بہت آسانی سے محسوس ہوتا ہے۔ لیکن بعض صورتوں میں جبکہ سر کو اچھی دردوں کے باوجود پیلوک کیویٹی (کہفہ حوض) میں بہت تاخیر ہو جائے، تو تشخیص دشوار ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شکمی جس ناقابل اطمینان ہو، اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ لاگرا ینیائی

(رحمل) کی زیادہ مقدار بہہ چکی ہوتی ہے، زچہ زور کر رہی ہوتی ہے، اور رحم کے کانٹریکشنز
(انقباضات) کثیر الوقوع ہوتے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ویجائنل (مہبلی) امتحان ناقابلِ اطمینان ہو 299
اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ کیپٹ سکیڈینیم (caput succeedaneum = سمایا) سے اور
ہڈیوں کے تلے اوپر ہونے کی وجہ سے سوچیرز (sutures = درزیں) اور فانٹینلز
(fontanelles = یافوخات) چھپ جاتے ہیں۔ ان حالات میں عام دستور جو کہ بہت برا دستور ہے



تصویر ۹۰ ۔ موانطب (R. O. P.) وضع میں بچہ کی دو دستی تدویر
دایاں ہاتھ پیلوک (حوضی) دیوار اور سر کے درمیان گھسایا جاتا ہے اور سر کو گھماتا ہے۔
بایاں ہاتھ شکم پر رکھا ہوتا ہے اور بائیں شانہ کو آگے کی جانب اور بائیں جانب
داب کر جسم کو گھماتا ہے۔ معمولی استعمال کے لئے یہ بہترین طریقہ ہے۔

یہ ہے کہ فارسپز (forceps = کلاّب) لگایا جاتا ہے، اور بہت زور سے کھینچا جاتا ہے۔ ایسی
فارسپز (کلاّب) کے پھسل جانے کا امکان ہے، جس سے جنینی سر اور مادری بافتوں کو کم و بیش

نقصان پہنچتا ہے، لہٰذا تاوقتیکہ ایکسز ٹریکشن فارسیپز (axis traction forceps= محوری جرّ کا کلاب) نہ استعمال ہوئے سر کی ولادت میں پرینیم (عجان) کی شاید درجہ کی وریدگی پیدا ہونے کا امکان ہے۔ وضع حمل میں تاخیر کا سبب معلوم کرنے کے لئے ایک غائر امتحان کرنا چاہیے۔ اگر ایک کان محسوس ہو تو اس کے آزاد کنارے کا رخ آکسیپٹ (occiput= قذال) کی جانب ہوگا، اور یہ ظاہر کرے گا کہ آکسیپٹ (قذال) گھوم کر سیکرم (عجز) کے نشیب میں چلا گیا ہے۔ اگر قبالت کار کو اس میں شبہ ہو کہ آکسیپٹ (قذال) کی وضع کیا ہے تو اُسے چاہئے کہ این اسٹھیٹک (معدم حس) دے اور کل ہاتھ ویجائنا (مہبل) میں داخل کرے۔ اس کو یہ ثابت کرنا دشوار نہ ہوگا کہ آکسیپٹ (قذال) پیچھے ہے، کیونکہ گدّی اور سروائیکل ورٹیبری (cervical vertebræ= عنقی فقرات) کے سپائنس پروسسز (spinous processes= شوکی زوائد) یقینی طور پر محسوس ہوں گے۔ پھر وہ شناخت کرے گا کہ تاخیر کی وجہ یہ ہے کہ سر کی ناکمل خمیدگی کے نتیجہ کے طور پر آکسیپٹ (قذال) ٹھیک طور سے نہیں گھوما۔ ان اصابتوں میں یہ دریافت کرنا اکثر اوقات ایک مشکل معاملہ ہوتا ہے کہ مداخلت کے لئے کونسا وقت مناسب ہے۔ جب تک کہ دردوں کے ساتھ سر آگے بڑھتا جاتا ہو تب تک زچہ کو قدرت پر چھوڑا جا سکتا
300 ہے۔ لیکن جب اچھی دردوں کے باوجود کوئی مزید تقدم نہ معلوم ہو تو مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے۔ بدیہی طور پر تصوری علاج یہ ہے :۔۔۔

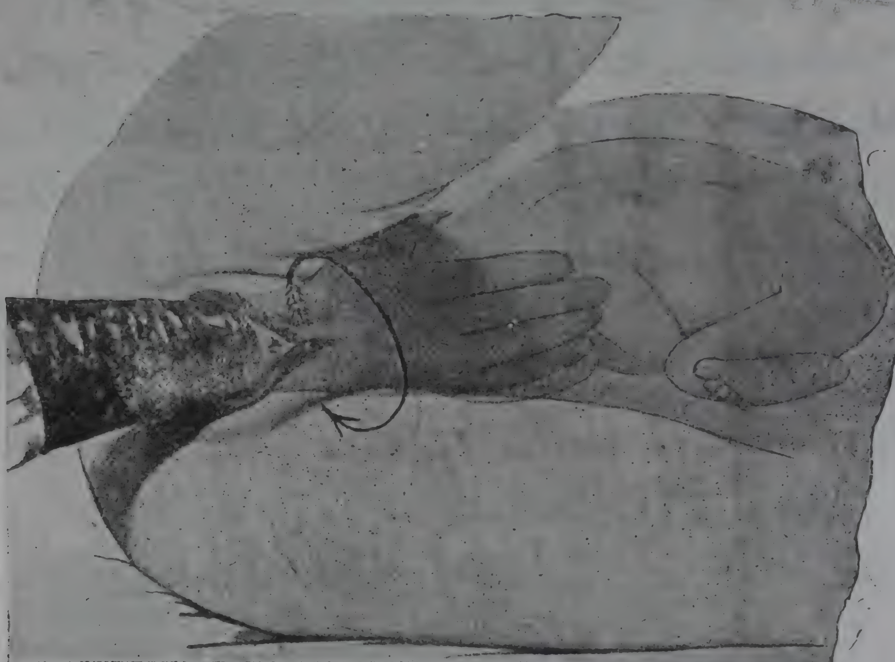
۱۔ سر کو خمیدہ کرنا۔

۲۔ آکسیپٹ (قذال) کی اعانت کرنا کہ یہ آگے کی جانب تدویر کرے۔

سر کی خمیدگی۔ سر کو بار بار خمیدہ کرنے کی کوششیں ناپسندیدہ ہیں، کیونکہ اس میں ویجائنا (مہبل) کے اندر بار بار انگلیاں داخل کرنا پڑتی ہیں جس سے سیپسس (sepsis= عفونت) کا خطرہ بڑھتا ہے۔

سر کو اس طرح خمیدہ کیا جاتا ہے کہ درد کے دوران میں پیشانی کو اوپر کی جانب ڈھکیلا جاتا ہے۔ اگر پیشانی اوپر ڈھکیلی جا سکتی ہو تو آکسیپٹ (قذال) نیچے آئے گا اور پیلوس (حوض) میں آکسیپٹو فرانٹل (قذالی جبہی) قطر کے بجائے سب آکسیپٹو فرانٹل (تحت قذالی جبہی) قطر مرتبط ہو جائے گا۔ سر کو خمیدہ کرنے کی کوششیں بے ضرر ہوتی ہیں الا اس

اس طریقہ پر جس طریقہ پر اوپر بیان ہوا ہے، لیکن یہ کوششیں اکثر ناکام ثابت ہوتی ہیں۔



تصویر ۹۱۔ مواظب (L. O. P.) وضع میں سر اور شانوں کی دستی تدویر۔
تدویر کرنے سے قبل سر کو پیلوک کیویٹی (حوضی کہفہ) میں سے اوپر دھکیل دیا گیا ہے۔ بمقابلہ اس طریقہ کے جو کہ تصویر ۹۰ میں دکھایا ہے، اس طریقہ میں کیا نقصان ہے یہ صفحہ 302 پر بتایا گیا ہے۔

اگر سر کامیابی کے ساتھ خمیدہ ہو جائے تو آکسیپٹ (قذال) قدرتی قوتوں سے سامنے کی طرف تدویر کر جائے گا۔ اگر خمیدگی کی کوشش ناکام رہے، تو مینوئل روٹیشن (manual rotation = دستی تدویر) انجام دینا چاہیئے۔

مینوئل روٹیشن (manual rotation = دستی تدویر) تیسری وضع میں جبکہ مریضہ بائیں کروٹ سے لیٹی ہو، داہنا ہاتھ، سر اور پیلوس (حوض) کی داہنی جانب کے درمیان داخل کرنا چاہیئے۔ اس ہاتھ کو دردوں کے وقفہ میں جلدی سے گھما کر آگے اور بائیں جانب

301

لے جایا جاتا ہے ۔ ساتھ ہی ساتھ بایاں ہاتھ، جوکہ ماں کے شکم پر رکھا ہوا ہوتا ہے، شکم کو بھی اُسی جانب دھکا دیتا ہے ۔ اگر زچہ چت لیٹی ہوئی ہے تو بہ نسبت اس صورت کے جبکہ وہ کروٹ سے ہو، اندرونی ہاتھ زیادہ آسانی سے کام کرتا ہے ۔ بہت زیادہ قوت نہ استعمال کرنا چاہیے، ورنہ ممکن ہے کہ لوئر یوٹرائن سگمنٹ (lower uterine segment = رحم کا قطعہ اسفل) شق ہو جائے ۔ اگر زچہ این ایستھیٹک (معدم حس) کے زیر اثر ہو تو بالعموم یہ مینوئل روٹیشن (دستی تدویر) دشوار نہیں ہوتی ۔ سر کو گھما دینا کافی نہیں ہے، بلکہ



تصویر ۲۹ ۔ آکسپٹو انٹیریر (occipito-anterior = قذالی مقدمی) وضعوں میں سر کا مولڈنگ (moulding = انصیاغ) نقطہ دار خاکہ ظاہر کرتا ہے کہ مولڈنگ (انصیاغ) سے پہلے سر کی شکل کیا ہوتی ہے ۔ سب آکسپٹو فرانٹل (زیر قذالی جبہی) یا سب آکسپٹو برگمیٹک (زیر قذالی سیمائی) قطر دبتا ہے اور ورٹکو منٹل (قمی ذقنی) قطر لمبائی میں بڑھ جاتا ہے ۔

بیرونی ہاتھ کے ذریعہ شانہ کو ہلا کر جسم کو بھی تدویر کرنا چاہیے، ورنہ سر جلدی ہی اپنی قدیم وضع اختیار کر لے گا اور آکسیپٹ (قذال) سیکرم (عجز) کے نشیب میں آجائے گا ۔ جب سر

گھما دیا گیا ہو تو اس کی ولادت آسانی سے بذریعہ فارسپز (کلاب) کرائی جا سکتی ہے، یا اس کو قدرتی قوتوں کے ذریعہ سے خارج ہونے کے لئے چھوڑا جا سکتا ہے۔

اگر شکم عقیم تولیہ سے ڈھکا ہوا نہ ہو تو بائیں ہاتھ کو جو کہ شانہ گھمانے کے لئے استعمال کیا گیا ہے، پھر صاف کرنے کی ضرورت ہو گی (تصویر ۹۰ اور ۹۱)۔



تصویر ۹۲۔ مواظب آکسیپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضعوں میں سر کا مولڈنگ۔ (انصیاغ)۔

نقطہ دار خط ظاہر کرتا ہے کہ مولڈنگ (انصیاغ) کے پہلے سر کی کیا شکل ہوتی ہے۔ آکسیپٹو فرانٹل قطر دب گیا ہے اور اس کے نتیجہ میں سر انتصابی سمت میں طویل ہو گیا ہے۔

مینیوئل روٹیشن (دستی تدویر)، بشرطیکہ یہ کامیابی کے ساتھ انجام دی جائے،

فن قبالت میں ایک نہایت ہی دلخوش کن عملیہ ہے، دیگر متبادل صورتیں یہ ہوتی ہیں کہ فارسپز (کلاب) کے ذریعہ سے بزور کھینچا جائے یا اتنا طویل وضع حمل ہوتا ہے کہ طبیعت اکتا جاتی ہے جبکہ دریدگی تقریباً ناگزیر اور بعض اوقات خوفناک حد تک ہوتی ہے۔ سر کو فارسپز (کلاب) سے کبھی تدویر نہ کرنا چاہیے، کیونکہ ایسا کرنے پر ممکن ہے کہ دونوں پھلوں کی ایک گورسز میں گھس جائے اور غالباً انٹراکرینیل ہیمرتیج (درون جمجمی نزف) کا باعث ہو اور ان کی دوسری کورویجائنل (مہبلی) دیوار کو چیر دے۔ اُن شاذونادر صورتوں میں جن میں مینول روٹیشن (دستی تدویر) ناکام رہتی ہے، یہ دیکھا جاتا ہے کہ اگر ایکسز ٹریکشن فارسپز (axis traction
302 forceps= محوری جرّی کلاب) استعمال کیا جائے تو ڈنڈیوں کو جر کرنے پر سر نیچے اترتا آتا اور ساتھ ساتھ تدویر کرتا آتا ہے۔ اس کے بعد فارسپز (کلاب) کو نکال لینا چاہیے اور دوبارہ لگانا چاہیے۔

اگر سر مثبت نہ ہو تو بعض ماہران قبالت اس کو ترجیح دیتے ہیں کہ پہلے اندرونی ہاتھ کے ذریعہ سر کو اپنی جگہ سے ہٹاتے ہیں اور پھر ہاتھ کو اندر داخل کرتے ہیں حتیٰ کہ وہ اگلے شانہ تک پہنچ جاتا ہے اور پھر سر اور شانہ دونوں کو ایک ہی حرکت سے گھماتے ہیں۔ اس طریقہ میں اور زیادہ خطرہ ہے، کیونکہ ہاتھ صرف ویجائنا (مہبل) میں ہی نہیں بلکہ رحم میں داخل ہو جاتا ہے اور اس کا استعمال صرف کامل ایسپٹک ٹکنیک (aseptic technique= عدم عفونتی طرز عمل) کے ساتھ اور جراحتی درجہ کی این ایستھیسیا (عدم حسیت) کی حالت میں کرنا چاہیے۔

اگر بچہ کے مردہ ہونے میں کوئی شبہ نہ ہو تو صحیح علاج پرفوریشن (perforation= ثقب) ہے، کیونکہ اس طرح ماں کو مینول روٹیشن (دستی تدویر) سے ضرر پہنچنے کا خطرہ رفع ہو جاتا ہے۔ اگر مناسب انصرام کیا جائے تو اس قسم کے خاتمہ کی نہایت شاذونادر ضرورت ہوتی ہے۔

303 ورٹکس ڈیلوری (vertex delivery= قمی ولادت) میں سر کا مولڈنگ (moulding= انصیاغ)۔ آکسپٹو انٹیریر (occipito-anterior= قذالی متقدمی) وضعوں میں سب سے زیادہ بھینچاؤ سب آکسپٹو فرانٹل (suboccipito-frontal= زیر قذالی جبہی) قطر پر پڑتا ہے، چنانچہ یہ قطر گھٹ جاتا ہے اور وہ قطر جو اس سے زاویہ قائمہ پر ہوتا ہے یعنی ورٹکو منٹیل (قمی ذقنی) قطر جسامت میں بڑھ جاتا ہے۔ زیریں جبڑے کی شکل میں کوئی تبدیلی نہیں واقع ہو سکتی، لیکن سر بالائی اور عقبی سمت میں طالت پذیر ہو جاتا ہے۔

غیر ترجیع شدہ آکسپٹو پوسٹیریر (قذالی عقبی) وضعوں میں سب سے زیادہ بھنچاؤ آکسپٹو فرانٹل (occipito-frontal = قذالی جبہی) قطر میں پڑتا ہے، نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ قطر جسامت میں گھٹ جاتا ہے اور سر بالائی جانب کی سمت میں اطالت پذیر ہو جاتا ہے۔ یہ اگلے پچھلے پیمائشات میں زیادہ چھوٹا اور انتصابی پیمائشات میں زیادہ طویل ہو جاتا ہے۔ پیشانی ڈھلوال اور بلند ہوتی ہے۔ سر کی پشت سیدھی ہوتی ہے اور اس کی معمولی گولائی مفقود ہوتی ہے۔